

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N°

314

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri-François BAC

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à Montpellier, le 22 Mars 1897.

**Le Traitement rationnel
des**

**Fistules Vésico-intestinales
non Néoplasiques**

Le Président : M. LEGUEU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie} ÉDITEURS

15, Rue Racine, 15

—
1924

116

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N°

314

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri-François BAC

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à Montpellier, le 22 Mars 1897.

**Le Traitement rationnel
des
Fistules Vésico-intestinales
non Néoplasiques**

Le Président : M. LEGUEU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MEDECINE

JOUVE ET C^e ÉDITEURS

15, Rue Racine, 15

—
1924



LE DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEJSSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	De LAPERSONNE.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER...	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER..	Urologie.
HOVELACQUE..	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL...	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT...	Bactériologie.
RIBIÈRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils...	Physiologie.
ROUVIÈRE....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU...	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTÉTERER....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.
AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
LEREBoullet. Clinique médicale infan-
 tile.
LÉRI..... Clinique médicale.
LÉPER..... Clinique médicale.

MM.
OMBRÉDANNE. Clinique chirurgicale in-
 fan-
 tile.
PROUST Clinique chirurgicale.
RATHERY..... Clinique médicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
TERRIEN..... Cliniqu. ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
N	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni im-
pro-
bation.

A LA MEMOIRE DES MIENS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR P. LEGUEU

Chirurgien de l'Hôpital Necker,
Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESMARETS

M. LE PROFESSEUR HARTMANN

M. LE DSCTEUR POTHERAT

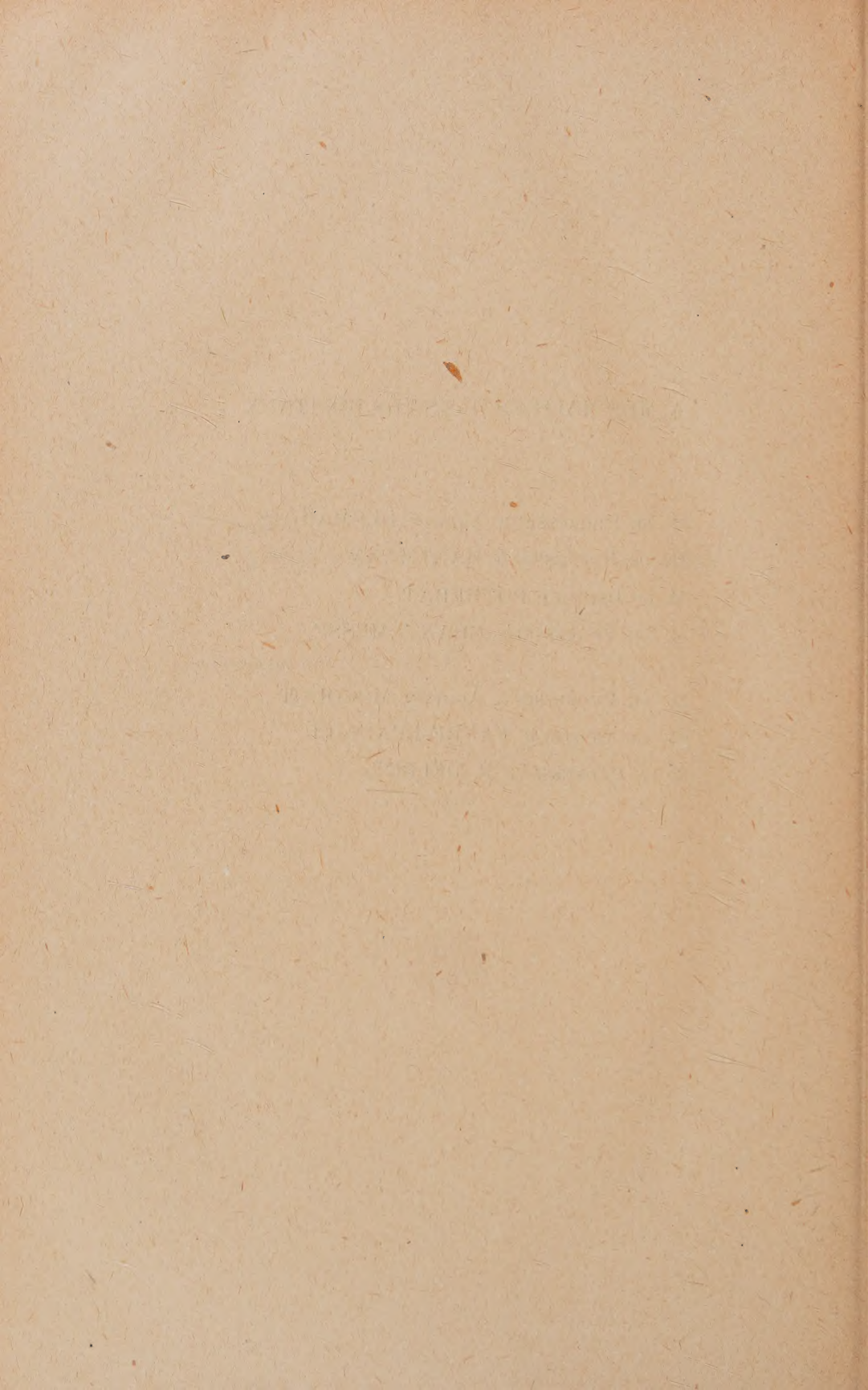
M. LE PROFESSEUR CHANTEMESSE

(in memoriam)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOCQUOT

M. LE DOCTEUR FAURE-BEAULIEU

M. LE PROFESSEUR P. DELBET.



INTRODUCTION

Sous ce titre: « Le Traitement Rationnel des Fistules Vesico-Intestinales », M. le Professeur Legueu communiquait récemment à la Société Française d'Urologie l'observation d'une malade de son service qu'il avait opérée d'une fistule vésico-intestinale; nous verrons plus loin dans quelles conditions.

Qu'entendons-nous tout d'abord par Traitement Rationnel des fistules Vésico-Intestinales?

Etant donné qu'il s'agit d'une communication anormale entre l'intestin d'une part, la vessie d'autre part, il semble, en toute logique, que le traitement le plus rationnel soit celui qui consiste, la fistule abordée par la parotomie, à séparer les deux organes accolés et à suturer séparément les orifices ainsi créés.

Avant d'en aborder l'étude, nous tenons à faire remarquer, dès le principe, que nous n'avons pas l'intention de présenter ici un travail d'ensemble sur les fistules vésico-intestinales. Cette question a fait déjà l'objet de nombreux travaux et nous n'avons pas à y revenir.

Il n'est pas dans les limites que nous nous sommes assignées de revenir sur leurs signes cliniques

qui sont d'essence banale et parfaitement décrits dans les traités classiques. Nous n'envisagerons pas non plus leur étiologie, leur pathogénie, ni leur diagnostic différentiel, nous aurons seulement, au cours de ce travail, à préciser certains points du diagnostic de siège intestinal ou vésical si nécessaires à l'établissement d'un plan opératoire, rationnel et logique.

Nous n'envisagerons pas le traitement des fistules néoplasiques, le traitement que nous proposons pour les autres variétés de fistules ne pouvant être de mise en cas de néoplasme. Et, quoique l'idée de séparation des deux organes et de suture séparée de la vessie d'une part, de l'intestin d'autre part, ait été appliquée pour la première fois par Czerny en présence d'une fistule néoplasique vésico-intestinale, cette intervention — les suites opératoires l'ont bien montré — ne peut être une opération logique de cancer qui doit être bien entendu le plus large possible.

Nous aurons surtout en vue dans ce travail le traitement des fistules inflammatoires ; celles qui se constituent après un traumatisme, (projectile...), sont exceptionnelles en pratique civile, et celles que l'on a pu observer pendant la guerre ont presque toujours guéri sans intervention directe sur le trajet lui-même.

Nous nous efforcerons donc de ne retenir d'un sujet si vaste que le côté purement thérapeutique, nous attachant tout particulièrement à l'étude de

l'opération que nous préconisons sur les conseils du Professeur Legueu : laparotomie et suture séparée des orifices fistuleux.

Dans la littérature médicale, nous avons pu trouver un certain nombre d'observations et de travaux sur cette intéressante question, et si l'idée de l'intervention qui fera l'objet de notre travail, n'est pas nouvelle, il faut reconnaître toutefois qu'elle est d'une application assez récente, puisque c'est en 1887 seulement qu'elle fut tentée pour la première fois (Czerny). Le résultat en fut d'ailleurs médiocre, mais nous ne devons pas nous en étonner puisqu'il s'agissait d'une fistule sigmoïdo-vésicale néoplasique.

Avant cette époque, avant 1850 surtout, la thérapeutique des fistules vésico-intestinales reste assez obscure : pendant une longue période, en effet, cette affection mal connue paraît, pour les anciens auteurs, relever uniquement d'un traitement médical auquel ils n'osent attacher une valeur très nettement curative ; Boyer ne disait-il pas que « la fistule vésico-intestinale est au-dessus des ressources de l'art » ?

De longues années donc sont seuls appliqués des traitements médicaux variés : régime alimentaire, puis lavages de vessie et du rectum, sonde à demeure

(1) J.-L. Petit. Traité des Mal. Chirurgicales, t. II, p. 80 et 82.

(qui valut à J.-L. Petit une guérison) (1), sonde rectale, positions particulières imposées aux malades pour éviter le passage des matières fécales dans la vessie (cas de Guéniot et Vullemin), voire même cautérisation au nitrate d'argent (Heim-Vôgtlin) (1).....

Barbier de Melle (2) propose en 1843 de faire systématiquement un anus artificiel au niveau du coecum qu'il accuse d'être toujours le point de départ de la fistule, quitte à le refermer lorsque la fistule sera guérie.

En 1850, le chirurgien anglais Pennel (3) fit la première colotomie pour fistule vésico-intestinale. Curling (4), en 1852, en fit une nouvelle application, dans le but de faire cesser le passage des matières dans la vessie : les résultats en sont d'ailleurs peu encourageants, et dans les 6 cas publiés jusqu'en 1869, la survie n'est que de quelques jours à quelques semaines.

C'est en 1868 seulement qu'on cherchera pour la première fois à agir directement sur la fistule :

Root (5), à travers l'anus, suture presque à l'aveugle, « divers points qu'il croyait être des orifices de fistules vésico-intestinales »...

(1) Heim-Vôgtlin. *Corresp. Blatt f. Schweiz. Aerizte*, 1879, t. IX, p. 424-427.

(2) Barbier de Melle. *Obs. d'un cas de fist. vésico-intestinale*. Montpellier, 1843.

(3) Pennel. *Medico-chirurg. transaction*, 1850.

(4) Curling (J.-B.). *Méd. times and Gazete*, 1852, p. 615.

(5) Root. *Bost. Méd. and Surg. journ.* 1867-68, p. 14.

G. Simon (2), en 1870, obtient une guérison et un échec par suture, par la voie rectale, après sphinctérotomie postérieure, puis Billroth (2) tente, sans succès, la même intervention en 1879. Czerny enfin, en 1887, Terrier (3), en 1890, interviennent par laparotomie, ce dernier obtenant par simple drainage d'un abcès salpingien la guérison de la fistule.

Depuis, les opérations se sont multipliées et de nombreux procédés opératoires ont été imaginés. Leur variété est trop grande pour que nous puissions y insister... Nous n'aurons en vue dans ce travail que l'intervention consistant en laparotomie et suture séparée des orifices fistuleux.

Pendant notre externat, chez M. le Professeur Legueu, nous avons eu l'occasion d'observer un cas typique, tant au point de vue clinique qu'au point de vue antomo-pathologique et opératoire, de ces fistules inflammatoires. Que notre Maître trouve ici tous nos remerciements pour l'autorisation qu'il nous a donnée de nous servir de cette opération, et pour tous les conseils bienveillants qu'il nous a donnés au cours de la rédaction de notre thèse.

(1) G. Simon, d'Heidelberg. *Arch. fur. Klin Chirurgie*, t. XV, 1873, p. 99-121. — Obs. résumée in Cuavannaz, n° 94.

(2) Billroth. *Chirurgische Klinik*. Berlin, 1879, p. 316.

(3) Terrier. Cité in Quénu et Hartmann. *Chirurgie du rectum*, p. 235.

ETUDE CLINIQUE

Nous débuterons dans cette étude clinique, qui sera très brève, par la relation de l'observation suivante, que nous devons à M. le Professeur Legueu :

OBSERVATION 1. Mlle L.-E. de Saint-Benoît-du-Sault, m'est envoyée le 20 mars 1923 par le Dr Fauvet.

Cette jeune fille, âgée de 19 ans, se plaint de rendre par la vessie des matières intestinales, en très petite quantité, et de temps en temps.

Par ailleurs, les urines sont claires; il n'y a aucun signe de cystite, pas de pollakiurie : elle urine deux ou trois fois par jour et pas davantage et n'a aucune miction la nuit. Elle n'éprouve pas de douleur pendant ou après la miction et ne signale aucune hématurie.

En somme, les symptômes qui ont amené la malade à consulter sont de deux ordres :

L'émission de matières fécales par l'urètre ;

L'émission de gaz en même temps que les urines.

L'émission de matières fécales présente les caractères suivants : elle est intermittente, et coïncide avec des crises diarrhéiques. Peu importante, elle doit être recherchée par l'interrogatoire.

L'émission des gaz par l'urètre a été le phénomène le plus marquant. Intermittente elle aussi et peu fréquente, cette pneumaturie a cependant beaucoup préoccupé la malade.

L'examen clinique est négatif.

L'abdomen est souple et ne présente aucun point douloureux. La région appendiculaire est silencieuse ; on ne constate de même aucune sensibilité vésicale à la pression.

Rien de particulier à l'examen des reins. Pas de points urétéraux.

L'examen des organes génitaux est lui aussi négatif. On ne trouve aucune trace d'infection génitale.

Rien de particulier au toucher rectal.

En ce qui concerne l'état général, l'interrogatoire n'a rien montré. Aucune maladie de l'enfance, pas de syndrome péritonéal. On note seulement, dans son passé, une période d'anémie, avec quelques troubles digestifs qui n'ont pu être étiquetés d'une façon précise.

En somme, ce qu'elle présente actuellement a évolué sans réaction, sans infection concomitante.

L'examen cystoscopique est pratiqué. A la cystoscopie on trouve la vessie absolument saine en bas. Les orifices urétéraux sont punctiformes et égaux et sans vascularisation. La bulle d'air est cependant plus élargie qu'il ne le faudrait pour la quantité d'air introduite dans la vessie, et j'aperçois, au dessus de cette bulle d'air, une zone un peu confuse où il me semble voir un orifice entre onze heures et midi.

Dans ces conditions, je pense qu'il y a une fistule intestino-vésicale, que cette fistule vient de l'intestin grêle, qu'elle siège en haut et à droite de la ves-

sie et qu'elle est insignifiante comme volume et comme proportions.

Par conséquent, l'opération est indiquée dans l'espérance de pouvoir faire la séparation des deux orifices et la suture isolée de chacun d'eux.

OPÉRATION. — Le 12 avril : laparotomie médiane sous anesthésie à l'éther.

La cavité pelvienne est pleine d'adhérences filamenteuses, englobant les anses de l'intestin grêle.

Je décolle quelques-unes de ces anses et m'aperçois que l'une d'elles est plus aisément adhérente à la partie supérieure et droite de la vessie. J'essaie la séparation et j'ouvre, en effet, l'intestin et la vessie de l'autre côté.

Je libère les deux orifices suffisamment et ensuite je pratique la suture de l'orifice intestinal, par deux plans de suture muco et séro-séreux, aussi exactement que possible à la soie fine. Puis je pratique la suture de l'orifice vésical avec un premier plan de catgut chromé à trois points, et un deuxième plan de soie fine comprenant la couche péritonale et la couche musculaire et, pour séparer plus exactement les deux orifices, je prends un fragment d'épiploon que je détache sous une ligature de catgut; je le cache dans l'angle intermédiaire à l'intestin et à la vessie et le suture par quelques points de catgut approprié.

Un drain est placé dans la cavité pelvienne.

Toutes ces manœuvres ont été exécutées sans que l'utérus ait été vu : les anses intestinales, en effet, remplissent le cul-de-sac antérieur et recouvrent l'utérus.

Sonde de Pezzer à demeure, pendant trois jours au-delà desquels elle fut enlevée et la malade urina spontanément.

Les fils furent enlevés au dixième jour. La malade est repartie au dix-huitième jour, guérie.

Ainsi donc, ici a pu être réalisé le traitement rationnel, « idéal », même, selon l'expression du Professeur Legueu, de la fistule.

Pourquoi ce traitement, *a priori*, le plus simple, est-il si rarement appliqué, ou plutôt pourquoi, dans la pratique, est-il d'application si difficile?

Nous étudierons tout d'abord la technique de cette intervention et sa gravité opératoire ; nous verrons ensuite quelles sont les conditions qui doivent être réalisées pour qu'elle soit possible, quelles en sont les indications et contre-indications, quels cas enfin sont justiciables d'autres traitements.

TECHNIQUE OPERATOIRE

Nous ne décrirons que l'opération type, classique, dans toute sa simplicité schématique, quitte à revenir plus loin sur les contre-indications qui pourraient résulter d'une découverte imprévue au cours de l'intervention.

Le premier temps de l'intervention ne présente rien de particulier : c'est la simple incision de la paroi

sur la ligne médiane; on se rappellera seulement qu'il existe parfois de la péritonite adhésive et il sera bon d'agir très prudemment de crainte de léser les anses intestinales qui pourraient être accolées à la paroi.

Après les mesures habituelles de protection du champ opératoire, on fera un inventaire soigneux des lésions: la recherche de l'anse fistuleuse sera, dans les cas simples, assez facile. Il ne faut pas oublier toutefois que même avec un orifice fistuleux très petit on pourra se trouver en présence d'une zone d'adhérence très étendue portant fréquemment sur plusieurs anses intestinales.

La séparation des deux organes qui constituera le temps suivant devra, de ce fait, être extrêmement prudente, la paroi intestinale, souvent très friable au voisinage de l'orifice fistuleux, risquant de se déchirer brusquement, ce qui, indépendamment de l'infection péritonéale, difficilement évitable dans ces conditions, nécessiterait une intervention beaucoup plus étendue et, partant, beaucoup plus grave.

Nous n'insisterons pas sur les précautions qui doivent accompagner le décollement des orifices eux-mêmes. Ce sont celles qui s'imposent dans toute chirurgie intestinale et elles sont de notion trop courante pour que nous nous y arrêtions davantage.

Les orifices fistuleux nettement séparés et toute crainte d'une issue brusque de matières fécales ou d'urine septique dans la cavité péritonéale étant

écartée, on procédera à la fermeture des orifices : il sera bon de commencer par l'orifice intestinal en se rappelant que Tuffier, dans une circonstance analogue, ayant commencé la réparation par la suture soigneuse de la plaie vésicale ne put ensuite retrouver l'anse intestinale fistulisée. Cette circonstance malheureuse nous a paru digne d'être relatée pour éviter cette fâcheuse éventualité (1).

Les dimensions exactes de la fistule intestinale ayant été soigneusement repérés, si cette suture est possible étant donné l'état des tissus avoisinants, il sera prudent de pratiquer trois plans de suture : le plan profond muqueux au catgut fin, le plan séro-musculaire au fil de lin ou à la soie fine, suivant la préférence de chacun ; enfin, un dernier point séro-séreux à la Lambert enfouira et la suture et les zones pariétales voisines. Nous pensons qu'il vaut mieux utiliser les surjets de préférence aux points séparés ; il sera bon dans certains cas d'aviver les bords de l'orifice fistuleux et, pour éviter, en cas de fistule assez étendue, un rétrécissement toujours à craindre, il sera utile de modifier par la suture la direction même de la fistule et de faire une entérorraphie perpendiculaire à l'axe longitudinal de l'anse lésée.

La réparation de la vessie sera beaucoup plus facile : les bords de la vessie ayant été avivés, on

(1) Tuffier et Dumont : *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdom.*, 1898, p. 441.

pratiquera un premier plan de suture profond au catgut en respectant la muqueuse vésicale, puis un deuxième plan d'enfouissement qui utilisera largement les zones de revêtement péritonal de l'organe.

Certains auteurs on préconisé une greffe épiplooïque pour mieux isoler encore ces zones de réparation. Nous ne voyons pas d'objection à une pareille manœuvre qui constituera une sécurité de plus.

Il sera bon, avant de refermer la paroi, de drainer. Ce drainage de sûreté sera maintenu pendant 48 heures.

Si l'on a des doutes sur l'étanchéité de la suture vésicale, rien ne s'oppose à la mise en place d'une sonde à demeure dans l'intérieur de la vessie, qui assurera le drainage de cet organe.

La fermeture de la paroi n'offre rien de particulier: elle se fera suivant la technique habituelle, classique.

Telle est l'opération type, idéale, si heureusement réalisée par M. le Professeur Legueu sur sa malade.

SUITES OPERATOIRES

Dans de telles conditions, elles ne peuvent être que favorables, mis à part l'imprévu inhérent à toute intervention abdominale en milieu infecté.

Et pourtant, le gros argument invoqué contre le traitement que nous préconisons est sa gravité.

De fait, si des observations que nous avons pu réunir on fait deux catégories : celles qui sont antérieures à 1900 — nous les avons empruntées à la thèse documentée d'Alexandre Pascal — et celles qui sont postérieures à cette date, on ne laisse pas que d'être impressionné par la médiocrité des résultats obtenus dans la première d'entre elles (obs. 2 à 13). Et même si l'on considère que dans l'observation n° 13, la mort survint, non du fait de l'intervention, mais d'un iléus apparu après la fermeture d'un anrus artificiel, il n'en est pas moins vrai que l'on se trouve en présence d'une mortalité de près de 60 %.

Et en 1897, dans l'article qu'il publia dans les *Annales Génito-Urinaires*, Chavannaz pouvait être autorisé à dire :

« Un point qui prime tout, c'est la différence de pronostic que doivent comporter les deux méthodes. On conçoit que la voie transpéritonéale est sûrement plus dangereuse que sa rivale (voie transvésicale). Nous ne pouvons baser cette opinion sur des chiffres assez importants, car aussi bien l'une que l'autre ont été rarement mises en pratique ; mais le simple raisonnement suffit à justifier nos dires. Au reste, la voie transpéritonéale appliquée dans deux cas a donné deux morts (1). Pour la voie transvésicale,

(1) Il s'agit des obs. de Czerny (1887) et Herczel (1890), obs. 1 et 2.

appliquée une seule fois (1), la guérison complète n'a été que temporaire, mais une amélioration très notable a persisté ».

Il ajoutait, et nous aboutirons à des conclusions nettement opposées.

« Malgré ces avantages, et en raison même de la gravité qu'elle comporte, elle semble, à notre sens, ne devoir vivre que des contre-indications de sa rivale ».

Tout au contraire, dans la 2^e catégorie de nos observations (1 et 15 à 23), nous sommes frappés du grand nombre de guérisons obtenues par l'intervention par voie transpéritonéale, puisque sur douze cas nous constatons deux guérisons et une guérison incomplète : encore s'agissait-il dans ce dernier cas d'une lésion syphilitique chez un malade qui ne suivit que très imparfaitement le traitement spécifique prescrit après l'intervention.

Nous ne trouvons, par conséquent, aucun cas de mortalité.

Il est facile, évidemment, d'objecter que les mauvais cas n'ont probablement pas été publiés. Toutefois, étant donné que les cas justiciables de notre intervention sont infiniment rares ; (M. le Professeur Legueu ne faisait-il pas remarquer qu'en vingt ans de pratique il n'avait trouvé qu'une fois l'occa-

chirurg.

(2) P^r Pousson (de Bordeaux), 1894. *Arch. provinc. de*

sion de la tenter ?) ; étant donné que les conditions requises sont rarement réalisées ; ne doit-on pas plutôt attribuer les succès obtenus dans ces dernières années à ce que les indications ont été mieux posées et l'intervention réalisée dans de meilleures conditions ?

Inversement, les échecs qu'ont eu à déplorer les anciens auteurs tenaient au fait suivant : les chirurgiens n'étaient pas encore rompus à la pratique si difficile des interventions intra-péritonéales et, dans un grand nombre de cas, l'intervention projetée, à savoir la simple libération des organes accotés, avait dû être abandonnée pour des opérations beaucoup plus graves, trop étendues, en particulier des résections intestinales ou des exclusions segmentaires qui même à l'heure actuelle comportent un élément de gravité sur lequel il n'est nul besoin d'insister.

C'est, par exemple, Czerny qui tente la suture d'une fistule néoplasique, et nous avons fait remarquer dès le début que cette opération simple était absolument contre-indiquée et tout à fait illogique dans toute lésion néoplasique. C'est Herczel qui s'attaque à une fistule recto-vésicale, qu'il peut à peine atteindre, tant elle est bas située dans le petit bassin. Nous aurons d'ailleurs à revenir sur toute l'importance qu'il faut attacher à la notion exacte du siège intestinal de la fistule en vue de l'intervention.

Malgré tout, si rassurante que soit la statistique, il

ne faut cependant pas méconnaître l'importance de certains facteurs susceptibles de modifier le pronostic post-opératoire.

C'est d'abord la gravité de toute laparatomie impliquant une intervention sur l'intestin et sur la vessie, c'est-à-dire sur des organes infectés. C'est une opération qui s'adresse à des chirurgiens entraînés à la chirurgie intestinale: ceux-ci d'ailleurs, quelle que soit leur habileté, quelles qu'aient pu être leurs précautions, ne pourront pas toujours éviter l'infection du péritoine et la mort par péritonite aiguë (obs. n° 11 (1) et 12 (2)).

Un autre facteur de gravité réside dans le moment choisi pour l'intervention. Il est bien certain qu'une intervention précoce comportera moins de risques d'insuccès qu'une intervention tardive. Toutefois, et bien que dans la grande majorité des cas, le traitement médical se soit montré insuffisant pour amener la guérison de fistules vésico-intestinales, on ne doit pas perdre de vue que dans un nombre de cas trop élevés pour être négligeable, ce traitement médical a pu, à lui seul, procurer aux malades une guérison complète. Pascal cite 36 cas de guérison par ce mode de traitement et il sera bon d'éviter d'apporter une hâte excessive à une intervention sanglante toujours dangereuse.

(1) Tuffier — in Pascal, Thèse de Paris, 1900, p. 297.

(2) Savariaud — in Pascal, *loc. cit.*, p. 307.

Seulement, il y a malgré tout un temps d'élection et le traitement médical indispensable pour préparer l'intervention chirurgicale, ne devra pas être poursuivi seul trop longtemps car, l'infection vésicale une fois établie gagnera inévitablement l'appareil urinaire supérieur (uretère et rein), d'où altération de l'état général, mauvais état rénal, toutes conditions aggravant les suites opératoires et, partant, le pronostic (obs. n° 8). (1).

Il est enfin certaines conditions locales de la région susceptibles d'influencer défavorablement le pronostic; ce sont les plus difficiles à prévoir car elles constitueront presque toujours pour le chirurgien une découverte opératoire, et il ne pourra que très difficilement y remédier à moins d'apporter à son programme des modifications profondes. Il lui faudra donc se résoudre si la séparation de l'intestin et de la vessie lui paraît trop dangereuse, si les lésions des organes une fois séparés ne peuvent être traitées tout au moins pour l'intestin hors de la cavité péritonéale — condition absolue de réussite — à abandonner l'intervention directe ou à se livrer à des opérations plus complexes (exclusion, résection intestinale étendue....) dont le pronostic est très notablement aggravé.

On sait qu'une perforation, même très petite, s'ac-

(1) H.-A. Kelly et W.-M. Callust. *Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 1908, II p. 357-381.

compagne souvent d'une zone d'adhérences étendues: la séparation sera difficile et celle-ci, une fois faite, le chirurgien se trouvera dans la nécessité de reconstruire dans des zones enflammées, déperitonisées, friables, d'où difficulté possible de suture et danger secondaire de désunion.

La paroi intestinale sera de même très altérée si elle est restée en contact prolongé avec les matières fécales (en cas de fistule avec trajet intermédiaire), et les mêmes difficultés se représenteront.

Dans un autre ordre d'idées, la simple suture d'une perte de substance étendue ou d'orifices multiples et rapprochés s'accompagnant forcément d'un degré plus ou moins marqué de rétrécissement du calibre intestinal, pourrait amener des accidents d'occlusion intestinale qui se présenteraient ici comme particulièrement redoutables.

De la notion de ces divers facteurs de gravité, découlent pour nous un certain nombre de contre-indications qui ne se poseront pour la plupart qu'au cours même de l'intervention. Nous y reviendrons un peu plus loin, pour examiner auparavant celles qui se présentent au chirurgien au cours de son examen clinique et qui sont de nature à lui faire écarter, dès l'abord, l'intervention que nous proposons.

CONTRE-INDICATIONS

Nous avons fait remarquer, dès le début, que notre

traitement ne s'adressait pas aux fistules d'origine néoplasique. Nous pensons qu'il est inutile d'insister sur ce fait que la cure de la fistule n'offre pas en ce cas, par elle-même, une grande importance et qu'avant tout importe le traitement de la maladie causale dont la fistule n'est qu'un épisode. Le traitement curatif ne pourrait consister qu'en une résection vésicale et intestinale étendue, traitement qui sort des limites de notre travail. Le chirurgien, en présence d'une lésion néoplasique, prendra la détermination qui conviendra à l'étendue de la lésion et, puisque dans la grande majorité des cas, il s'agit d'un néoplasme intéressant l'anse sigmoïde, mobile ou accolée, il sera prudent de ne tenter qu'une opération palliative, l'anus contre nature qui permettra l'évacuation normale des matières fécales et évitera, dans une certaine mesure, l'infection trop rapide de l'appareil urinaire tout entier.

La même remarque s'impose pour cette catégorie de fistules vésico-intestinales qui se produisent dans des cas de tuberculose intestinale et péritonéale avérée à un stade ultime de la maladie. La fistule, ici, est au-dessus de toute intervention chirurgicale directe et ne constitue qu'un incident terminal d'une affection incurable dans l'état actuel de la Science.

Nous verrons plus loin qu'elle pourrait être la conduite à tenir en présence des fistules syphilitiques et actinomycosiques.

^ Sans insister davantage sur les contre-indications tenant à la nature anatomo-pathologique de la fistule, qui sont évidentes, nous aurons à nous étendre plus longuement sur celles qui tiennent aux caractères locaux de la lésion et à son siège sur l'intestin et sur la vessie. C'est au cours de l'intervention — pour les premières d'entre elles au moins — que se poseront le plus souvent les contre-indications de cet ordre; tout d'abord parce que bien souvent le chirurgien pourra se trouver en présence de lésions qu'il n'avait pas exactement prévues, ensuite — et nous ne croyons pas ainsi anticiper sur notre conclusion — parce que dans un certain nombre de cas, c'est la laparotomie seule qui pourra fixer avec le moins d'inexactitude possible le diagnostic et les indications thérapeutiques.

Si, en effet, dès l'ouverture de la paroi, on se trouve en présence d'adhérences si serrées et si nombreuses qu'on ne puisse découvrir l'anse fistuleuse qu'au risque de déchirer l'intestin, il sera prudent de battre en retraite et d'abandonner le principe de l'intervention intra-péritonéale.

Il est certain également que si, après avoir dissocié plus ou moins facilement les organes adhérents, on aboutit à des orifices fistuleux de grande dimension, l'opération ne pourra se dérouler dans toute sa simplicité. En fait, la contre-indication ne viendra pas de l'état de la vessie, car on sait que le réservoir

vésical pourrait se reconstituer aisément, même avec une perte étendue de sa paroi. Pour l'intestin, au contraire, la suture d'un orifice de grandes dimensions aurait toute chance d'amener un rétrécissement de sa lumière avec les conséquences graves que celui-ci pourrait entraîner. Nul doute qu'en pareil cas le chirurgien ne puisse pas se contenter de la simple fermeture de l'orifice; il s'arrêtera, suivant les circonstances, à la résection intestinale, à l'entéro-anastomose, et même à l'exclusion intestinale...

Le nombre des orifices n'interviendrait dans les mêmes conditions que si ces orifices trop rapprochés sur une même anse intestinale ou un même segment du côlon, nécessitaient une suture trop étendue; les mêmes risques d'occlusion se représenteraient alors.

Ces inconvénients n'existent plus d'ailleurs si les orifices siègent sur plusieurs anses intestinales, et l'observation du docteur Behague (1), que nous reproduisons plus loin, est très concluante à cet égard. Il s'agissait, en effet, de fistules multiples intéressant trois anses intestinales qui furent suturées l'une après l'autre, sans difficulté spéciale.

Enfin, des parois intestinales ou vésicales trop altérées au voisinage des orifices fistuleux, ne sauraient s'accommoder d'une simple suture. Dans ce cas encore, le chirurgien ne devra point s'attarder à la suture problématique de tissus enflammés morti-

(1) Observ. n° 23.

fiés. Il devra, au contraire, tenter résolument en tissu sain, une opération plus radicale.

Nous avons eu l'occasion, chemin faisant, de faire remarquer combien était importante la notion du siège de la fistule en vue de l'intervention par voie haute. Nous reviendrons plus loin sur les moyens à mettre en œuvre pour l'établissement du diagnostic du siège. Mais d'ores et déjà nous insistons sur ce fait que seront contre-indiquées toutes les fistules basses, fistules recto-vésicales et recto-sigmoïdo vésicales. Il est certain en effet qu'une suture faite au fond du petit bassin sur un segment du côlon non mobilisable, non extériorisable, aurait toutes chances d'échouer et ce serait un risque bien inutile à faire courir au malade que de la tenter dans ces conditions, car la désunion prématurée des sutures amènerait presque fatalement de graves accidents péritonéaux.

INDICATIONS

Nous avons vu combien sont importantes et nombreuses les contre-indications de l'intervention que nous proposons. Elles ne laissent place qu'à des indications précises et formelles auxquelles le chirurgien devra se tenir, s'il ne veut s'exposer à un échec.

Quelles sont donc ces indications?

C'est avant tout aux fistules inflammatoires que

s'adressera l'opération rationnelle. Dans cette catégorie de fistules, en effet, l'orifice vésical est presque toujours petit, de même que les orifices intestinaux.

Parmi les autres variétés de fistules vésico-intestinales, les fistules traumatiques (par accident ou blessure de guerre), ne méritent guère, en général, le nom de fistule. Ce sont de simples communications anormales passagères auxquelles il manque le caractère de persistance qui définit la fistule vraie. Elles guérissent le plus souvent spontanément (plus exactement sans intervention directe sur la fistule). Il suffit, en général, de leur apporter une thérapeutique indirecte (ablation de corps étrangers par exemple), pour obtenir rapidement la guérison (obs. M. Veau). (1) Toutefois, lorsqu'elles persistent elles sont naturellement justiciables du traitement que nous préconisons, d'autant plus que c'est dans cette catégorie de fistules qu'on trouve, le plus souvent, le type bimuqueux simple, le plus favorable à la suture.

Les fistules d'origine chirurgicale — tout à fait exceptionnelles depuis que ne se pratique plus la taille de Sanson — ont la même tendance à la guérison spontanée (fistule vésico-rectale, après prostatectomie de Freyer, par exemple).

Nous ne consacrerons que quelques lignes à l'étude des fistules d'origine syphilitique et actinomycosi-

(1) *Bull. Soc. Chir.* 1915, I p. 482, Raffut et E. Michon.

que, quoiqu'elles paraissent entrer dans le cadre des fistules justiciables de notre traitement. Mais les observations publiées jusqu'ici sont en trop petit nombre pour que nous en puissions tirer un enseignement précis. Il semble toutefois que le traitement antisiphilitique doive précéder l'intervention et non la suivre. Il pourra, en effet, suffire à lui seul à la guérison (obs. de Lannelongue. (1) Dans le cas contraire, l'intervention pourra être alors indiquée et il y a tout lieu de croire qu'elle courra moins le risque d'aboutir à un échec (ou un demi-échec) comme ce fût le cas dans l'observation du prof. Delbet (obs. n° 16) (2), où le malade ne suivit pas le traitement prescrit après l'opération.

Pour les fistules actinomycosiques, Michailoff (3) conseille de toujours adjoindre au traitement ioduré le traitement chirurgical. Nous n'avons malheureusement pu trouver dans la littérature médicale d'observation qui pût être rapportée. Aussi n'insisterons-nous pas sur cette variété de fistules vésico-intestinales, tout à fait exceptionnelle.

Certes, les cas que l'on pourra observer dans la pratique, ne présenteront pas la netteté schématique

(1) Lannelongue (de Bordeaux) in Pascal Th. de Paris 1900, p. 256.

(2) Delbet. *Bull. et Mém. Soc. de Chirurg.*, Paris 1903. Obs. n° 16.

(3) Michailoff. Thèse de Lyon, 1898-1899.

que nous nous sommes efforcé d'atteindre dans cet exposé rapide. Et, qu'il s'agisse des caractères de la lésion, ou même de sa nature anatomo-pathologique, c'est souvent au cours de l'intervention que le chirurgien devra décider de l'attitude qu'il devra adopter.

Bien des fois, en effet, la clinique n'aura pu préciser exactement ni la nature de la fistule, ni ses caractères, et les cas ne sont pas rares où, par exemple, on pourra prendre pour un cancer une lésion inflammatoire ou inversement. Va-t-on s'exposer, dans le premier cas, à laisser s'étendre les lésions et à voir évoluer vers un état progressivement cachectique un malade que l'on eût pu guérir définitivement par une opération tentée en temps opportun? Autrement dit, devra-t-on attendre, pour poser les indications de l'intervention chirurgicale, quelle qu'elle soit, d'avoir en main tous les éléments de diagnostic différentiel concernant la nature anatomique de la lésion, son siège, la pluralité et les dimensions des orifices et l'état des parois vésicales et intestinales? Nombre de ces caractères, nous le savons, ne peuvent être mis en lumière que par l'intervention. Ne vaut-il pas mieux alors aller au devant de leur découverte? Il est peu de chirurgiens, à l'heure actuelle, qui hésitent, dans le doute, à tenter une laparotomie exploratrice. Celle-ci, indiquée dans

les cas douteux chez les malades dont l'état général la permettra, restera d'ailleurs rarement exploratrice. Presque toujours, elle ne sera que le premier temps d'une intervention plus complète, ou palliative (dans les cancers étendus par exemple) ou curative, quelle que soit la détermination que doit prendre le chirurgien lorsqu'il aura sous les yeux la lésion elle-même.

Et, si nous préconisons la laparotomie exploratrice comme le moyen le plus efficace pouvant fixer la nature et le siège d'une fistule vésico-intestinale, nous reconnaissons cependant que, dans un certain nombre de cas, le doute ne sera pas dissipé. Des lésions inflammatoires ont pu, pièces en mains, être prises pour un cancer: c'est dire l'extrême-difficulté que l'on pourra rencontrer chez certains malades.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de siège que nous traiterons plus loin. Il est cependant un point d'une importance capitale: c'est le suivant: la fistule devra être haute et ce caractère absolument indispensable à son opérabilité, suivant le mode opératoire que nous préconisons, devra être recherché dès le début avec grand soin.

Disons seulement, pour nous résumer, qu'après avoir séparé les deux organes accolés et fistulisés, les indications majeures du procédé que nous étudions seront:

1° Les dimensions mêmes de l'orifice intestinal en cas de fistule unique;

2° Des lésions pariétales juxta-fistuleuses peu accentuées;

3° En cas d'orifices multiples, ceux-ci devront être suffisamment séparés pour permettre des sutures isolées (cf. obs. du docteur Behague).

DIAGNOSTIC DE SIEGE. — Quant au diagnostic de siège, il faut dicuter et le siège vésical et le siège intestinal: cette discussion sera beaucoup plus difficile en ce qui concerne le siège intestinal.

La cystoscopie ne devra jamais être négligée, et toutes les fois qu'elle sera possible, elle constituera une manœuvre indispensable.

Elle aura d'abord l'avantage de confirmer le diagnostic positif de la fistule. Son rôle sera aussi d'établir son siège (et c'est ici ce qui nous intéresse) et de donner des renseignements précis sur le degré d'infection de la muqueuse vésicale.

La facilité de l'endoscopie dépendra de la tolérance vésicale et de la facilité plus ou moins grande que l'on aura à clarifier le milieu. Elle sera donc, avant tout, en fonction directe de l'intensité de la cystite présentée par le malade.

Siège de la fistule. — Elle peut être haute ou basse. Elle siège presque toujours sur la face postérieure de l'organe et les difficultés cystoscopiques vont varier suivant sa hauteur.

Les fistules hautes, siégeant près d'une bulle d'air souvent très développée, sont d'accès facile.

Les fistules basses rétrotrigonales siègent dans une région difficile à éclairer et à explorer.

Le diagnostic positif de perte de substance est d'une extrême difficulté. L'anatomie pathologique, les constatations opératoires, ont démontré que souvent ces fistules sont de dimensions très minimes. Il ne faudra donc pas compter voir facilement cette perte de substance, en noter l'étendue, l'aspect général et l'état des bords.

Dans presque tous les cas, c'est une plaque de cystite chronique tranchant sur une muqueuse plus ou moins intacte, ou se détachant mal sur une muqueuse déjà altérée par le processus inflammatoire. L'aspect macroscopique de cette plaque de cystite variera suivant les cas: depuis l'œdème bulleux à grosse bulle, jusqu'aux végétations et aux exsudats membraneux de la cystite ulcéro-végétante banale.

La sonde urétrale ne sera, dans la presque totalité des cas, d'aucun secours pour déceler l'emplacement exact du trajet, ou pour en fixer la topographie et les rapports à la suite d'une injection opaque aux rayons X.

Des difficultés particulières de technique ne peuvent permettre de pratiquer dans de bonnes conditions la chromo-cystocopie de l'orifice, en associant à la cystoscopie l'injection de liquide coloré dans le

gros intestin. Mieux vaut peut-être, dans ces cas, tenter une cysto-radiographie suivant la technique classique.

POUR LE SIÈGE INTESTINAL, deux cas sont à envisager, suivant que la fistule siège sur le gros intestin, cœcum, côlon sigmoïde, rectum — et c'est l'éventualité la plus fréquente — ou qu'elle siège sur une anse du grêle.

Le diagnostic repose sur la rectoscopie pour les fistules siégeant sur l'ampoule rectale, dans sa portion intra ou extra-péritonéale.

Par ailleurs, il faudra pratiquer des examens radiologiques du gros intestin, après lavement bismuthé. L'efficacité de ces diverses manœuvres se montrera souvent en défaut, et, dans l'extrême majorité des cas, leur résultat sera d'une interprétation délicate.

Les difficultés s'exagéreront encore en cas de fistule siégeant sur une anse grêle et, dans ces cas, il sera nécessaire de faire ingérer au malade, suivant la technique classique, 250 gr. de gélobarine en trois prises successives, pour étudier le plus complètement possible son transit intestinal.

Nous insisterons encore sur les difficultés de ce diagnostic radiologique pour préconiser une fois de plus la nécessité souvent inéluctable de la laparotomie exploratrice.

AUTRES TRAITEMENTS

Ayant exposé le principe, la technique et les indications du traitement « rationnel » des fistules vésico-intestinales, il nous a paru intéressant d'envisager maintenant, dans un chapitre d'ensemble les divers procédés opératoires qui ont été préconisés et conseillés en présence de cette infirmité redoutable.

I. — *Traitement Médical*

Il y a un traitement médical, mais celui-ci ne s'oppose pas au traitement chirurgical, puisque comme nous l'avons déjà dit, son institution sera un des plus sûrs garants de la réussite du traitement sanglant.

Ce traitement médical — traitement non sanglant, devrions-nous dire plutôt, puisqu'il n'est pas purement médical, — devra toujours précéder et accompagner le traitement chirurgical.

Il doit le précéder non pas seulement pour faciliter ensuite l'acte opératoire, mais parce qu'il s'est montré, un certain nombre de fois, définitivement curatif. Toutefois, les guérisons obtenues par ce mode de traitement sont trop peu nombreuses pour qu'on soit en droit de l'appliquer à l'exclusion de tout autre. Aussi, après une application de courte durée, devra-t-on toujours recourir à l'intervention chirurgicale.

En quoi consiste-t-il ?

Tout d'abord en un régime sévère dans lequel n'entreront pas les aliments susceptibles par leur passage dans la vessie d'accroître les lésions de cystite déjà existantes ou de devenir le point de départ de calculs (pépins de fruits, petit os...)

Le malade ne devra ingérer que des aliments susceptibles de le nourrir sous un petit volume. On veillera, de plus, à instaurer un régime régulier de selles, mais on évitera la diarrhée.

Les anciens auteurs insistaient aussi sur les attitudes particulières à prendre pendant la miction pour éviter le passage des matières fécales dans la vessie. Guéniot, Villemin, Warnecke, Urbanek, auraient ainsi obtenu la guérison de leurs malades...

On veillera, par des cathétérismes fréquents ou, par l'application de la sonde à demeure à ce que l'évacuation de la vessie se fasse complètement afin de la mettre à l'abri de l'infection.

On y adjoindra, enfin, des lavages vésicaux avec une solution antiseptique.

Enfin, il sera bon de soutenir l'état général du malade par une thérapeutique reconstituante et de surveiller son hygiène générale. Ceci, naturellement, s'applique plus particulièrement aux fistules d'origine tuberculeuse.

Seul traitement dans certaines maladies chroniques, incurables (cancer étendu, tuberculose généralisée), ce traitement médical ne devra être le plus

souvent qu'un adjuvant du traitement chirurgical.

II. — *Traitement chirurgical*

En dehors de l'opération « rationnelle », quelles sont donc les autres interventions dont nous disposons ?

FISTULES HAUTES. — Tout d'abord la suture par voie transvésicale.

Cette intervention préconisée en 1884 par le Professeur Ledentu reprise ensuite par Trendelenbourg et quelques auteurs allemands, fut mise au point par le Professeur Pousson de Bordeaux en 1894.

Il n'est pas douteux qu'à différentes reprises d'excellents résultats aient été obtenus par ce mode opératoire. Pristavesco (1) rapporte à ce sujet une intéressante observation de M. le Professeur agrégé Marion, et une observation de Jacomet, dans lesquelles l'opération fut couronnée d'un plein succès.

Toutefois, ses indications sont extrêmement réduites et malgré sa bénignité relative elle n'aura que peu d'applications. Seules, en effet, les fistules bimuqueuses simples, facilement accessibles, seront de son domaine. Encore ne saurait-elle s'appliquer aux trop larges pertes de substance, aux fistules multiples et très rapprochées, car la suture dans ces conditions pourrait constituer une menace pour la perméabilité de l'intestin. A plus forte raison sera-t-elle contre indiquée s'il existe déjà un rétrécisse-

(1) Pristavesco. — *Journal d'Ur.*, 1912.

ment de l'intestin quelle qu'en soit d'ailleurs l'origine.

De même encore, sera-t-elle inapplicable aux fistules avec trajet intermédiaire.

Enfin, les manœuvres en seront rendues très difficiles, parfois même impossibles par les lésions de cystite chronique. La vessie épaissie, indurée, infectée et très adhérente ne se prêtera pas aisément à une simple suture.

En somme, sans nier les bons résultats obtenus dans certains cas, il faut reconnaître que cette intervention offre de gros inconvénients, car indépendamment des autres contre-indications qu'elle présente, c'est une intervention aveugle, qui ne se préoccupe ni de la nature de la fistule, ni de l'état de ses parties avoisinantes. Non seulement elle risque d'être souvent inefficace mais même, appliquée intempestivement, elle peut amener de graves accidents intestinaux.

Reconnaissons-lui, toutefois, une efficacité non douteuse sur les complications vésicales de la fistule, en particulier les calculs. Elle aura, dans ce cas, l'avantage de permettre leur ablation et la désinfection de la vessie. Quand bien même la suturer devrait échouer ensuite, le bénéfice qui tirerait le malade de la cystostomie suffirait à la justifier pleinement.

III. — *Autres traitements après laparotomie*

D'accord avec nombre d'auteurs nous avons

recommandé dans les cas douteux la laparotomie exploratrice. A quoi nous mènera-t-elle donc ?

En dehors du traitement que nous étudions et lorsque nous lui aurons reconnu une contre-indication, nous aurons à notre disposition des interventions de deux ordres :

1° Opérations directes ;

a) Résection des parties malades de l'intestin et de la vessie ; puis reconstitution des deux réservoirs par la suture (cancer opérable, tuberculose, lésions inflammatoires étendues) ;

b) Entéro-anastomose entre l'anse située en amont et l'anse située en aval de la fistule ou des lésions sur l'intestin (procédé de Boiffin) (1) ;

c) Exclusion complète de l'anse intestinale malade, c'est-à-dire section de cette anse en amont et en aval de la lésion, fermeture de ses deux extrémités, puis reconstitution du tube digestif par la réunion du bout supérieur au bout inférieur (procédé de Hochenegg).

2° Opérations palliatives :

Etablissement d'un anus contre nature : c'est une infirmité pénible qu'à l'heure actuelle les chirurgiens n'imposent à leurs malades que lorsqu'ils ne peuvent tenter aucune opération curative. Aussi, trouvera-t-il deux indications principales : le can-

(1) Boiffin. *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1891.

cer inopérable par d'autres moyens, et certains cas de fistule où l'état général ne permettant pas une intervention de longue durée, il pourra être bon, par ce procédé, d'assurer l'évacuation normale des matières fécales, de faciliter la désinfection de la vessie, de remonter l'état général du malade ; en somme de le préparer à une seconde intervention, celle-là curative.

FISTULES BASSES. — Nous avons, dès le début, écarté de notre travail l'étude des fistules recto-vésicales, car la situation basse de ces fistules est une contre-indication formelle à l'intervention que nous avons proposée.

Nous nous bornerons donc à énumérer rapidement les procédés opératoires plus spécialement applicables à cette variété de fistules. Leur étude a été faite avec le plus grand soin par Tuffier et Dumont (1), par Chavannaz (2), et il est facile de s'y reporter.

La notion de l'origine de la lésion est ici tout particulièrement importante pour la détermination de l'opération à tenter.

En dehors de l'opération palliative, sur laquelle nous nous sommes déjà expliqués, les traitements curatifs proposés sont nombreux.

Nous retrouvons tout d'abord la suture par voie

(1) Tuffier et Dumont. *Revue de gyn. et de chir. abd.*, 1898, p. 441.

(2) Chavannaz. *Ann. génito-urin.*, nov. 1897.

transvésicale que nous avons étudiée plus haut ; les avantages sont les mêmes, mais aux inconvénients vient s'ajouter le risque d'une lésion possible de l'extrémité inférieure de l'uretère au cours de la suture.

C'est ensuite la voie rectale, avec ou sans sphinctérotomie, imaginée par Marion Sims en 1862 (1), reprise ensuite par Simon en 1871 (2). C'est surtout dans les fistules traumatiques (par pénétration d'instruments piquants à travers les parois recto-vésicales) que ce mode de suture a obtenu de bons résultats. Il ne saurait, en effet, s'appliquer aux fistules présentant un trajet ou foyer purulent intermédiaire, qui seront plus accessibles par les autres voies opératoires.

La voie périnéale (procédé de Zuckerland (3) et de Rochet et Durand (4), celle-ci, malgré ses inconvénients — difficultés de décollement, danger de léser les voies spermatiques et le cul de sac recto-vésical — trouvera de plus ses indications dans certaines fistules d'origine prostatique (fistules tuberculeuses).

La voie vésico-vaginale consiste à inciser la cloi-

(1) Marion-Sims., *Arch. f. Klin. Chirurg.*, Berlin 1862. Bd III, p. 158.

(2) Simon. *Arch. fur Klin Chirurg.*, 1873, t. XV, p. 99-121.

(3) Zuckerlandl. *Wien. Medic. Press*, 1889.

(4) Richet et Durand. *Arch. provinc. de Chirurgie*, 1896.

son vésico-vaginale pour retourner la vessie et attacher sa face interne dans la plaie, de façon à permettre ainsi, soit la cautérisation de l'orifice fistuleux, soit son avivement et sa suture. La fistule vésico-vaginale opératoire n'est ensuite fermée que quand la fistule vésico-intestinale est oblitérée.

La voie sacrée, plus compliquée et plus traumatisante, préconisée par Herczel en 1889 (1), ne sera utilisée que si les autres procédés plus simples ont échoué ; elle a cependant l'avantage de faciliter l'accès des fistules recto-vésicales haut situées et de permettre la résection intestinale, si celle-ci est nécessaire.

Dé même, la voie transpelvienne antérieure, qui nécessite des délabrements considérables, a peu d'indications.

Nous ne signalerons que pour mémoire le procédé de Desault consistant à fendre toutes les parties molles, rectum compris, à partir de la fistule. La guérison se fait alors, du fond vers la périphérie. Ce procédé aurait donné à Desault de bons résultats : il est abandonné à l'heure actuelle.

(1) Herczel. *Pesther Medic. Chirurg. Presse*, 1890.

OBSERVATION N° 2 (Czerny).

Homme, 48 ans. Janvier 1887.

Phénomènes fébriles, avec gaz et fèces par l'urètre. Fréquence.

Laparotomie médiane.— 9 mai, adhérence sigmoïdo-vésicale; perforation de la grosseur d'une plume d'oie sur ces deux organes. Suture des orifices. Drainage.

28 *Juillet*: Colotomie avec fermeture du bout inférieur et suture du bout supérieur à la paroi. Mort le 8 août.

Autopsie. — Rein gros. A gauche de la vessie, cavité pleine de pus. Anses grêles réunies par de vieilles adhérences. Ouverture à 26 centimètres de l'anus; sur la vessie, à 3 centimètres à gauche de la ligne médiane et à 7 centimètres au-dessus du repli péritonéal.

OBSERVATION N° 3 (Herczel). Pesther Medic. Chirurg. Presse 1890, p. 24 et p. 51. Fistule vésico-rectale. Laparotomie, puis colotomie. Chez un homme porteur d'une fistule vésico-rectale, l'auteur a tenté une laparotomie. Il est arrivé à décoller le rectum d'avec la vessie, ce qui lui permit de constater sur chaque organe un trou de 5 mm. de diamètre dont il ne put aviver les bords à cause de la profondeur à laquelle il opérerait, mais qu'il parvint à suturer à la soie. Drain de la plaie abdominale qu'on enlève au bout de quatre jours.

Au bout de neuf jours, issue de pus et de matières fécales par la plaie, à l'endroit où était le drain. Matières

fécales dans l'urine. Deux mois plus tard, colotomie. Le bout inférieur de l'S iliaque est suturé; le bout supérieur fixé au dehors: mort du malade au bout de huit jours.

La fistule était dûe non à un cancer, comme on l'avait cru avant l'opération, mais à la perforation, dans la vessie, d'un des nombreux diverticules que présentait le rectum.

OBSERVATION N° 4 (Jervel de Christiana. Typhilitis und Blasendarmfistel. Centralblatt. Chirurgie 1896, n° 25). — Il présente un calcul du volume d'une noisette qui a été évacué avec les urines, chez une jeune fille de 17 ans. La malade, aux dires de la mère, aurait eu entre sa quatrième et sa dixième année, quatre accès « d'inflammation de l'estomac ». Entre ces accès, comme d'ailleurs toujours depuis, elle aurait présenté les symptômes habituels de la cystite et ses urines auraient été troubles et sentant mauvais. Il y a un mois, à la suite de l'absorption d'une bouillie d'avoine, un médecin aurait constaté dans ses urines des cosses de grains d'avoine; plus tard, le microscope aurait révélé la présence de cellules végétales et de fibres musculaires striées transversalement. Grâce à la palpation abdominale, combinée au toucher rectal, on put noter une tuméfaction à droite de la vessie, tuméfaction qui semblait empiéter sur la paroi vésicale. En ce point, la pression éveillait en même temps de la sensibilité. Grâce à la cystoscopie, on put voir dans la partie droite de la paroi vésicale un corps brillant, saillant, du volume d'un pois qu'on retrouvait toujours au même

endroit et qu'on considéra comme un bourgeon de granulations.

L'examen du calcul qui était ovale, brun foncé, un peu irrégulier (cône) et dont l'expulsion remontait à sept ans, montra qu'il était formé de couches concentriques bien visibles à la coupe; dans deux de ces couches — non au centre — on trouva deux pépins de framboise ou de groseille.

Le diagnostic fut celui de communication probable entre la vessie et l'appendice vermiforme. Laparotomie dans la position de Trendelenbourg. L'appendice se présente comme un cordon tendu entre la face droite de la vessie et le cœcum et allongeant ce dernier organe en forme d'entonnoir. La face profonde des surfaces adhérentes est contiguë à une poche en forme de poire, à paroi mince entourée d'une gangue conjonctive qui se montre être un hydrosalpinx. Après rupture des adhérences avec la paroi du kyste, on lie les extrémités cœcale et vésicale du processus vermiforme puis on le résèque. Les deux moignons préalablement cautérisés au thermocautère sont enterrés l'un dans la paroi cœcale, l'autre dans la paroi vésicale. On extripe ensuite le kyste dont le pédicule est formé par la trompe droite. Suites opératoires excellentes. L'urine redevint rapidement et complètement claire et tous les symptômes de cystite disparurent.

OBSERVATION N° 5 (H. Beach. *Annals of Surgery* 1896, II, p. 484-7. — Un cas de tumeur pelvienne formée par un diverticule de Meckel calcifié, unissant l'iléon et la vessie). — Une femme âgée de 62 ans entre à l'hôpi-

tal général de Massachusetts. Elle déclare avoir souffert depuis quinze ans presque constamment dans la partie inférieure du ventre. La miction a été fréquente le jour et la nuit et, enfin, la malade ne peut plus retenir son urine.

L'urine était épaisse, foncée, mais ne contenait pas de sang frais. Avec l'urine elle rendait par l'urètre des gaz, des parcelles d'aliments et comme de petites pierres.

Poids spécifique de l'urine entre les 30 septembre et 15 octobre elle variait entre 1012 et 1030. L'urine était toujours acide et dépourvue de sucre; par contre, le pus, le sang, le détritus granulé, les urates et les cristaux d'acide urique y étaient souvent. Le pathologiste de l'hôpital, le docteur Withney, dit que l'urine contient beaucoup de matières fécales.

Au palper, on put trouver, avec difficulté, une résistance ferme et profonde à la jonction de la région ombilicale et iliaque gauche. Examen de la vessie relativement au calcul négatif.

Le 8 octobre, laparotomie. Position de Trendelenbourg: l'épiploïm adhère au péritoine pariétal à la moitié inférieur gauche de la paroi abdominale. Ligaments larges et ovaires de chaque côté atrophiés considérablement adhérents à une masse dure comme de la pierre et grosse comme un œuf de poule et attachée fortement à la paroi postérieure de la vessie. Il se montra que la surface de cette masse était calcaire et que sa face postérieure adhérait par une surface circulaire de 1/2 cm. de diamètre à une anse de l'iléon, à peu près à 2 cm. au-dessous du cœcum.

Pour enlever la tumeur, il fallait la séparer de l'iléon et de la vessie. Je commençai par l'intestin en enle-

vant la tumeur, je fis une ouverture que je suturai par trois sutures de Lembert, puis je rattachai l'intestin au mésentère. De même une ouverture dans la vessie fut faite pendant la dissection de la tumeur (près du fond du bassin); je la suturai avec quelque difficulté mais toutefois sans faire échapper quelques gouttes d'urine dans la cavité péritonéale.

Au-dessous de la masse décrite, fut trouvée une corde solide, s'étendant du mésentère iliaque à travers le fond du bassin jusqu'à la vessie. Elle fut coupée aux deux bouts et enlevée. Puis vint nettoyage de la plaie, drainage à la gaze et fermeture avec fils de soie. Drainage constant de la vessie par cathéter flexible.

La masse dure unissant l'iléon à la vessie se montra une poche tapissée d'épithélium, intestinal. Elle contenait une concrétion fécale du volume d'un œuf de pigeon.

La guérison couronna cette opération. Les intestins et la vessie reprirent leurs fonctions, la malade quitta l'hôpital le 26 novembre et le 8 avril 1896, elle m'écrivit qu'elle jouit toujours d'une santé excellente.

Le Dr Withney m'a communiqué le résultat de l'examen de la tumeur enlevée:

Volume, une petite pomme de terre; forme, sac ovale. Paroi irrégulièrement calcifiée, surface externe rugueuse et fibreuse. Au bout communiquant avec la vessie, il y a un orifice irrégulier de quelques centimètres de diamètre. Au bout intestinal, orifice d'un demi-centimètre de diamètre. Les tissus autour des orifices sont mous sur une petite étendue, puis prennent le caractère mentionné.

Examen microscopique: cette membrane consiste en

doubles glandes tubulaires doublées d'un épithélium cylindrique, semblable à celui de l'intestin grêle. Du côté de la vessie, il y a simplement des cellules rondes formant une espèce de tissu granulé.

La corde était longue de 5 cm., large d'un demi cm. Elle consistait en tissu solide entourant un petit vaisseau; en dehors elle était recouverte du péritoine.

Cette structure correspond le mieux au diverticule de Meckel. Il y avait ici une espèce d'entéroccèle, puis à la suite d'une inflammation, les adhérences se firent, enfin vint une fistule vésico-intestinale.

Je n'ai pas pu trouver dans la littérature de cas semblable.

OBSERVATION N° 6 (Tuffier et Dumont. — Fistule consécutive à une pelvi-péritonite causée par une salpingite ou un fibrome).

Femme de 42 ans; jamais de maladie sérieuse; réglée régulièrement; pas d'enfants. Il y a dix ans, entorse du pied qui nécessite un séjour au lit pendant lequel elle s'aperçoit qu'en allongeant ou fléchissant la cuisse, une douleur s'éveillait dans la région inguinale. Trois mois après, violente métrorrhagie abondante avec caillots; les mois suivants, dépérissement général. L'année suivante, pelvi-péritonite; depuis lors, la malade reste alitée.

En 1889, mêmes phénomènes avec mictions plus fréquentes; on fait un curettage. En 1891, sans motif nouveau, douleur abdominale aiguë avec vomissements. A la suite de cette crise, pertes blanches et mictions fréquentes, mais purulentes et enfin accompagnées de

gaz; mais pas de matières fécales. Toutefois, par le rectum s'écoulaient quelques gouttes d'urine et des glaires. Plus tard, apparaissent des matières fécales dans l'urine.

En 1896, le même état persistait avec aggravation du côté vésical et la malade vient consulter M. Tuffier, qui trouve tous les signes fonctionnels précédents. Dans la région sous-ombilicale on sent une tumeur du volume d'une tête de fœtus, arrondie, lisse, peu mobile, plongeant dans le petit bassin. Au toucher, l'utérus peu mobile se confond avec la tumeur abdominale: on fait le diagnostic de fibrome utérin; quand on a sondé la vessie, des gaz s'échappent.

Le toucher rectal fait constater les rapports intimes du fibrome et du rectum. Un lavement coloré n'est pas expulsé par la vessie. Les urines laissent déposer une purée stercorale.

Première opération (août 1897). — Hystérectomie abdominale, supra-vaginale; après destruction des adhérences. Drainage abdominal, sonde vésicale à demeure. Fin septembre, la malade semble guérie, mais après une purgation, rechute.

Deuxième opération (octobre 1897). — L'aparotomie (voir dans l'observation les détails opératoires). M. Tuffier isole l'S iliaque, dissèque un trajet fistuleux, libère la vessie de la gangue qui l'unit à l'intestin. Résection partielle de la vessie; puis reconstitution du réservoir urinaire. Impossibilité de retrouver la perforation intestinale. Tamponnement, sonde à demeure dans la vessie.

Suites opératoires. — Sauf les douleurs, tous les symptômes ont reparu pendant les premiers mois;

puis peu à peu les symptômes s'amendent sans arriver, un an après l'intervention, à une guérison parfaite (fin 1898).

OBSERVATION N° 7 (H.-A. Kelly et W.-M. Callum. *Journal of the american medical association*, 1898, II p. 375-181). — Ces auteurs publient les deux cas suivants:

Mme C. A., âgée de 60 ans, vint en se plaignant du passage des gaz et des fèces à travers la vessie.

En février 1896, elle commença à souffrir dans le bas-ventre; l'urine était épaisse avec un sédiment brun et très fétide pendant les premiers deux mois. Les gaz commencèrent à paraître dans l'urine au mois de juin.

En juillet, étant constipée, elle prit un purgatif; toutes les fèces y passèrent par la vessie. Ensuite les symptômes s'apaisèrent un peu.

Au mois d'octobre, elle subit une opération pour un abcès sous-urétral. Le passage des fèces cessa pendant quelques mois. Au mois d'avril 1897, son état empira de nouveau: une grande partie des fèces, de même que les gaz passent avec l'urine. Au mois de juillet, les gaz seuls prennent ce chemin. Au mois de novembre, elle eut plusieurs attaques de douleurs intestinales; mais c'est surtout depuis le mois de janvier 1898 que les symptômes devinrent graves. A la présence des gaz dans la vessie, s'associa un continuel besoin d'uriner, toutefois sans être douloureux. Les gaz se dégageaient de l'urine avec un bruit que pouvaient entendre facilement ceux qui se trouvaient dans la même chambre ou même dans la chambre voisine. Ils avaient

une odeur fécale; au moment de leur passage, la malade ressentait quelquefois une douleur dans le ventre.

A partir de janvier, beaucoup de fèces passèrent à travers la vessie; toutes les fois qu'elle était constipée, leur quantité était beaucoup plus considérable. L'urine donnait un sédiment brunâtre contenant des particules des muscles striés, des débris végétaux, un bout d'un trichocéphale dispar, du pus et des cylindres granulés et hyalins. Les cultures y révélèrent la présence de bactéries intestinales. En outre, il y avait, dans l'urine, de l'albumine et un peu d'indican.

Après l'administration par la bouche de sous-nitrate de bismuth, des cristaux noirs de sulfite de bismuth apparurent dans l'urine. De même l'injection bleue par le rectum colora l'urine en bleu.

L'examen cystoscopique de la vessie donna le résultat suivant:

Un spéculum n° II introduit dans la vessie eut à franchir 6 centimètres de l'orifice urétral interne à la paroi vésicale postérieure. A l'hémisphère postérieur, la vascularité des capillaires devint de plus en plus marquée en allant vers la base de la vessie; cette dernière était d'un rose uniforme.

Dépôts irréguliers de pus au-dessus de la base vésicale qui est profondément injectée. Un spéculum n° 13 est introduit, puis je retire un calcul. Dans l'hémisphère postérieur et à gauche, à la ligne médiane, il y a une espèce de poche avec l'axe dirigé en haut et en arrière. Les bords en étaient injectés sur une étendue de 3-5 mm., mais au-dessus d'eux le tissu avoisinant était relativement normal.

Uretère droit profondément injecté autour de l'orifice et surtout dans la ligne médiane; uretère gauche déplacé vers la gauche. Autour de l'orifice urétral droit il y a un dépôt membraneux presque blanc contenant des bacilles courts et des cellules de pus.

Muqueuse rectale normale.

A l'opération on trouva que la flexure sigmoïde du côlon adhéraît au sommet de la vessie du côté gauche. Cette adhérence était transversée d'une fistule, du diamètre de 2 centimètres.

On disséqua soigneusement les deux organes, protégeant la cavité péritonéale avec la gaze. L'orifice vésical de la fistule fut réuni moyennant sutures interrompues de catgût et allant dans la direction de haut en bas et à gauche, sur l'étendue de 4 centimètres.

Ensuite, le tissu fibreux épais au rectum fut séparé de celui-ci, la muqueuse qui bordait la fistule fut enlevée aussi et on forma ainsi un orifice dans l'intestin, long à peu près de 2 centimètres. Cet orifice fut fermé avec des sutures en soie. Vinrent ensuite: irrigation saline de la cavité péritonéale, fermeture de l'abdomen et drainage. La vessie fut drainée par un cathéter et lavée de temps en temps.

La malade guérit totalement. L'urine devint claire tout à coup et le passage des gaz cessa immédiatement. Depuis ce temps, guérison ininterrompue.

OBSERVATION 8. (Kelly et Mac Callum. *cod, loco*).
Mlle J..., âgée de 57 ans, admise à l'hôpital, de John Hopkins au mois de novembre 1890. Bien réglée jusqu'à l'âge de 48 ans. A l'âge de 42 ans, elle eut des

œdèmes des jambes avec hémorragie vaginale; dès 50 ans, ces symptômes reparurent de temps en temps; dans les derniers mois, ils sont devenus très marqués.

Les masses subovariennes, gauche et droite, furent enlevées.

La malade guérit.

Au mois de mars 1896, elle revint à l'hôpital, se plaignant de douleurs pelviennes généralisées. Une ponction vaginale fut faite: d'une cavité située entre l'utérus et la vessie, s'écoula un sang rouge foncé contenant des caillots.

Elle se plaignait, à ce moment, du passage de bulles de gaz dans l'urine. Au cystoscopé, je vis un orifice d'un millimètre et demi de diamètre dans le quart inférieur gauche de la paroi postérieure de la vessie; du pus en sortait et la sonde y pénétra sur l'étendue d'un centimètre.

Je ne l'ai revue qu'au mois de mars 1898. Elle était alors âgée de 64 ans. Mon ami, le Dr Cullen trouva à l'examen de la vessie, une petite rougeur autour du trigone, et une autre plus marquée au-dessus et à gauche. Aucune ouverture ne put être aperçue, quoi qu'on vit des bulles de gaz et des particules de fèces venir du côté de l'aire injectée. Injection rectale du lait apparut dans la vessie.

Le 23 mars, l'abdomen fut ouvert. La partie supérieure et gauche de la vessie adhérait fortement au rectum. Les adhérences furent séparées graduellement et alors je trouvai une espèce de fort cordon fibreux d'un millimètre de diamètre qui unissait la vessie au rectum. Il fut coupé, puis je suturai les bords de l'orifice rectal de la fistule recto-vésicale, moyennant quel-

ques sutures matelassières. L'orifice vésical fut formé de la même façon.

La malade alla bien pendant 24 heures; mais elle était tellement affaiblie qu'elle succomba sans qu'il y ait eu péritonite ni hémorragie.

OBSERVATION N° 9. (Henry O. Morcy, *Annals of Surgery* n°, 73, janvier 1899, p. 69. Fistulous opening between the ileum and the bladder; operation and cure).

Femme, 40 ans, irrégulièrement réglée. Pas de grossesse. A 26 ans, à la suite de marche exagérée, douleur très vive dans région d'ovaire gauche. Diagnostic: péritonite aiguë. Resté alitée pendant plusieurs semaines. A la fin de la deuxième semaine, sent quelque chose qui se déclanche dans l'abdomen. Peu après, passage par l'urètre d'une quantité considérable de matière jaunâtre, fluide, avec un peu de gaz. Guérison lente et imparfaite. L'hiver suivant, état général très mauvais; à plusieurs reprises, la malade vit s'écouler de l'urètre un liquide de couleur foncée avec ce qui paraît être des semences de fruits. Dès lors, plus de règles. A plusieurs reprises, crises de cystite aiguë.

Entre à l'hôpital, malade, faible, anémiée, vient de terminer une attaque de cystite aiguë; miction fréquente et douloureuse; urine colorée de pigments biliaires: contient en outre nombreux globules de pus et débris alimentaires.

On donne à la malade des fraises: l'urine retirée avec la sonde contient des semences.

Pas de lait dans l'urine après injections à forte

pression de ce liquide dans le rectum, utérus petit, mobile; à gauche, dans la région de l'ovaire, légère tuméfaction un peu douloureuse à la pression.

L'examen cystoscopique montre une capillarisation anormale de la paroi; au niveau du bas-fond, orifice irrégulier autour d'une zone d'hypérémie.

Par cet orifice, l'auteur introduit facilement une sonde, à une profondeur de deux centimètres. Diagnostic: fistule vésico-intestinale. La présence des pigments biliaires avec un contenu intestinal incomplètement digéré, indiquent que la portion de l'intestin intéressée se trouve au-dessus de la valvule iléo-cœcale.

Opération. — Vessie, utérus, ovaire gauche, trompe gauche, environ 9 centimètres. Les intestins sont fusionnés en une masse commune par des adhérences vasculaires, ovaires séparés avec extrême difficulté. On enlève les annexes gauches, ovaire volume d'un œuf, trompe contournée et siège évident de l'affection primitive, un abcès qui, après formation d'adhérences, s'est ouvert dans l'intestin et dans la vessie.

Ouverture dans l'iléon: un demi centimètre de diamètre; siège à 12 centimètres environ de la valvule iléo-cœcale. Ouverture dans la vessie beaucoup plus petite (moitié) de forme valvulaire, ce qui explique pourquoi l'urine ne remontait pas dans l'intestin.

Ayant avivé les bords, l'auteur referme les orifices séparément à double suture continue. Entre les deux organes, repli péritonéal fixé à chacun d'eux par une série de sutures parallèles. Les déchirures du péritoine sont suturées de la même manière. Fermeture de la paroi abdominale, pansement au collodion iodoformé, sans drainage.

Pendant plusieurs jours consécutifs, drainage de la vessie; par la sonde à demeure: de temps en temps lavage de la vessie à l'eau boriquée, guérison sans incidents; les urines redeviennent normales: plus de gaz par l'urètre.

Six mois après, malade revue. Etat général très satisfaisant: il persiste cependant un peu cystite.

OBSERVATION N° 10. — Prof. Duplay (observation de fistule cœco-vésicale). Rédigée d'après une leçon du Professeur Duplay, recueillie par le docteur Clado. *Bul. Méd.* janv. 1899).

Femme âgée de 44 ans, couturière, entrée le 21 avril 1898, salle Notre-Dame, à l'Hôtel-Dieu. Elle nous apprend que ses parents sont morts jeunes. Le père a succombé à un « chaud et froid », peut-être à une phtisie galopante. Elle a perdu une fille de 24 ans, de laryngite tuberculeuse. Elle-même n'a présenté aucun accident scrofuleux ou tuberculeux dans son enfance; mais depuis longtemps elle paraît atteinte de bronchite chronique; elle tousse constamment. Il y a trois ans, elle a dû garder le lit pendant un mois, par suite d'une congestion pulmonaire pour laquelle on lui fit des pointes de feu, à la partie supérieure du thorax.

Sa ménopause est survenue à 41 ans. Il y a neuf ans elle a souffert d'une maladie qui a été diagnostiquée comme étant une péritonite et qui était caractérisée par de la fièvre, du ballonnement du ventre, des douleurs abdominales et des vomissements, symptômes survenus sans cause connue, car il ne faut atta-

cher aucune importance à une chute sur les reins survenue longtemps auparavant.

Trois ou quatre mois après la convalescence de cette péritonite, il s'est déclaré une gastro-entérite caractérisée par de l'anorexie sans vomissement; des douleurs intestinales, des troubles digestifs et surtout par une diarrhée persistante et abondante qui se montre encore de temps à autre.

Le début de l'affection paraît remonter à deux ans.

Les symptômes que la malade a présentés à cette époque étaient ceux d'une cystite et consistaient en douleur au niveau de l'épigastre, mictions fréquentes et impérieuses, douleurs pendant la miction et présence de mucosités dans les urines qui étaient manifestement troubles. Malgré les soins assidus, notamment des injections vésicales, les phénomènes de cystite ont continué à s'aggraver; puis environ un an après le début de la maladie ou, plus exactement, il y a dix mois, de nouveaux phénomènes ont été constatés. On remarque, en effet, que les urines exhalaient une odeur fécale et présentaient des grumeaux ressemblant à des débris de matières stercorales. Ces phénomènes se sont installés sans grand fracas et sous les apparences de l'ouverture d'un abcès dans l'intestin. Depuis l'établissement de cette fistule, depuis un an, les symptômes de cystite ne se sont pas notablement aggravés.

Un jour où la malade avait mangé du raisin, on constata la présence dans l'urine d'un certain nombre de pépins. Enfin, à diverses reprises, des gaz s'étaient échappés par l'urètre au moment de la miction.

Nous signalerons en même temps chez cette femme

un amaigrissement progressif, sans autres troubles fonctionnels du côté des voies digestives, ni d'autres organes.

A son entrée à l'hôpital, on confirme l'exactitude des renseignements qui précèdent. Les urines sont troubles et présentent un dépôt peu épais, chargé de grumeaux noirâtres, jaunâtres, ayant des caractères de débris stercoraux et exhalant une odeur fécale. Les fèces sont formées, ce n'est pas un liquide fécaloïde analogue à celui de jéjuno-iléon. La malade accuse des sensations particulières comme si quelque chose lui touchait de temps à autre la vessie, en provoquant des douleurs suivies immédiatement d'un besoin irrésistible d'uriner; les urines rendues à ce moment sont plus troubles que d'habitude et présentent des débris de matières fécales. Bien que la malade ait maigri de 31 livres depuis deux ans, son état général n'est pourtant pas trop mauvais. Son appétit est capricieux. Elle a souvent de la diarrhée alternant avec des périodes de constipation.

Les principaux viscères sont sains. Toutefois, la malade tousse presque constamment, surtout pendant l'hiver. La percussion des sommets ne donne que des signes négatifs et l'auscultation permet seulement de constater quelques craquements à ce niveau.

L'examen de l'abdomen ne révèle ni déformation, ni ballonnement. Le ventre est souple dans toute la région sus-ombilicale; mais au-dessous de l'ombilic et vers la région hypogastrique, bien qu'il n'existe ni gonflement, ni tumeur, le ventre a perdu de sa souplesse et se laisse bien moins déprimer qu'à l'état normal.

En outre, tandis que la fosse iliaque gauche est tout

à fait normale, dans la fosse iliaque droite il existe un peu d'empâtement profond donnant la sensation d'une tuméfaction en forme de boudin, médiocrement volumineuse à limites peu précises, dirigée en bas et en dedans, de consistance assez dure et résistante, rappelant en un mot soit le cœcum, soit l'appendice dilaté et à parois épaisses et indurées. Cette tuméfaction est douloureuse à la pression. Par un examen attentif, on peut se convaincre que l'induration et la tuméfaction de la fosse iliaque droite se prolongent dans le petit bassin, ce que vient confirmer le toucher vaginal.

Celui-ci, en effet, nous permet de reconnaître que l'utérus est petit, mobile, sans adhérences et sans aucune lésion. Les culs de sac latéral gauche et postérieur sont sains, mais le cul de sac droit est occupé par une induration qui semble arriver jusqu'à la vessie et qui est indépendante de l'utérus puisque cet organe est parfaitement mobile.

L'exploration de la vessie faite par le vagin révèle de la sensibilité à la pression, et peut-être un peu d'épaississement des parois vésicales qui néanmoins ne semblent pas notablement altérées.

Le toucher rectal est négatif.

La cystoscopie permet de constater que l'orifice fistuleux siège sur la face postérieure de la vessie, en haut et à droite, près de la ligne médiane. La vessie ne présente pas de lésions tuberculeuses manifestes. L'examen bactériologique des urines y démontre la présence du bacille de Koch.

Laparotomie. — L'incision de la paroi faite sur la ligne médiane met à découvert une masse d'adhérences unissant le cœcum à la paroi latérale droite de la ves-

sie, près du sommet. En détachant avec prudence les parties accolées, on a pu se convaincre qu'il n'existait qu'une très petite cavité intermédiaire entre l'intestin et la vessie. L'orifice vésical, qui atteignait à peine les dimensions d'une pièce de 20 centimes et de forme assez irrégulière, a été suturé avec soin. Quant à l'orifice intestinal, il était tellement petit qu'on a cru devoir le suturer. Drainage avec une grosse mèche de gaze. Mort quelques jours après.

OBSERVATION N° 11. — Dr Tuffier (Obs. inédite, due à l'obligeance de M. le docteur Tuffier). M. D..., alcoolique, syphilitique, est un malade que j'avais opéré d'un rétrécissement de l'urètre environ un an auparavant.

28 juillet 1895: La présence d'une fistule vésico-intestinale était manifeste, puisque les matières passaient dans la vessie. Amaigrissement progressif. Le 19 juillet, le malade subit une deuxième intervention pour une fistule anale et des hémorroïdes.

29 juillet 1895: Je pratique la taille hypogastrique. Je trouve bien une induration sur la face postéro-supérieure de la vessie, mais il m'est matériellement impossible de découvrir l'origine de la fistule.

4 octobre: Nouvelle taille hypogastrique, sans résultat bien marqué.

Pendant, il y eut des périodes de 10 à 15 jours pendant lesquelles il ne passa par la vessie aucune matière stercorale. Il est vrai que ces périodes coïncidaient avec une constipation complète. La fistule persistant et le malade menaçant de se suicider si les

accidents continuaient, après avoir pris l'avis de M. Terrier, je me décide à une deuxième intervention par laparotomie.

Les douleurs intestinales étaient extrêmement vives et les matières intestinales, du volume d'un haricot et très dures, passaient par la vessie, provoquant parfois des rétentions diurnes.

L'opération fut faite avec l'aide de M. Terrier.

Nous trouvons l'anse oméga adhérente à la paroi postéro-supérieure de la vessie par un véritable tissu gommeux n'ayant nullement la consistance, la vascularisation, ni l'adhérence d'un tissu néoplasique. La libération de l'anse effectuée, j'ai suturé très facilement la perforation intestinale. M. Terrier me conseille de laisser la perforation vésicale non suturée. Malheureusement, au moment de fermer l'abdomen, un écarteur appuyé sur la vessie fait sourdre à travers la perforation un flot de liquide infecté.

On fait le drainage sus-vésical: on met une sonde à demeure. Le malade succombe à une péritonite suraiguë dans les 48 heures.

OBSERVATION N° 12. — Savariaud (obs. inédite due à l'obligeance du D^r Savariaud). Fistule sigmoïdo-vésicale avec ouverture cutanée.

Laparotomie. — Mme X..., 40 ans, présente depuis sept ans une fistule dans la région inguinale droite, fistule qui s'est transformée en une plaie suppurante de 20 centimètres de longueur, à la suite d'une opération faite il y a un an, par un chirurgien de province.

Actuellement, cette plaie commence un peu au-des-

sus de l'épine iliaque antéro-supérieure et descend jusqu'à l'origine de la grande lèvre gauche. Les deux lèvres de la plaie sont entropionnées, et leur bord libre a tendance à se souder aux parties profondes, de sorte que les deux lèvres sont distantes en certains endroits de deux centimètres.

Au-dessous de ces lèvres existent plusieurs décollements: 1° dans la grande lèvre; 2° par dessous l'arcade crurale, au droit du muscle psoas. Ce dernier mesure 5 centimètres de profondeur. Le fond de la plaie est rouge, peu bourgeonnant, mais a bon aspect.

La quantité de pus secrété n'est pas très considérable pour une surface aussi grande et aussi anfractueuse. Le pansement n'ayant pas été fait depuis trois jours, ce pus est visqueux, glaireux, d'odeur fétide mais non urineuse, ni fécaloïde. Nulle part on ne sent le squelette à nu.

Cette malade raconte que depuis qu'elle a cette fistule, il en sort des gaz intestinaux, dit-elle, quoique sans odeur caractéristique; autrefois ces gaz sortaient fréquemment; actuellement, il n'en serait plus sorti depuis trois mois. Jamais elle n'a vu, même pendant des crises de diarrhée, les matières sortir par la plaie.

La malade, dont la vie conjugale n'aurait, paraît-il, pas toujours été exemplaire, a depuis longtemps des envies fréquentes et douloureuses d'uriner; ses urines contiennent actuellement quelques filaments et du pus. Cette cystite daterait d'il y a 8 ans, elle est donc antérieure à la fistule. La malade affirme très énergiquement que, par la vessie, il sort des gaz, qu'elle sent ces derniers pénétrer dans la vessie et qu'ils sortent avec bruit par l'urètre à la fin de la miction. Il n'y a jamais

eu de matières intestinales dans ses urines, qui sont par contre très fréquemment purulentes.

Il y a 7 ans que l'affection aurait débuté par un abcès volumineux qui, au 67^e jour, s'ouvrit spontanément à la région inguinale gauche, en plusieurs endroits : ces ouvertures en pomme d'arrosoir furent réunies par un médecin. La plaie se cicatrisa pendant deux ans.

Enfin, en 1896, nouvelle fistule, si bien que l'an dernier elle subit un grattage de la plaie. Depuis ce temps, cette dernière est restée fistuleuse, sans aucune tendance à la cicatrisation. Elle entre dans cet état à Laënnec.

Examen. — La malade affirmant que les gaz passaient tantôt par la vessie, tantôt par la plaie, je devais chercher l'existence de la communication vésico-intestinale. J'insufflai de l'air dans le rectum avec une canule rectale adaptée à la poire du thermocautère; cette manœuvre n'eut aucun résultat et j'en conclus que la communication était très élevée et siégeait sur l'intestin grêle. Le lendemain, la malade ayant été purgée, l'insufflation fut recommencée avec prudence, car elle était douloureuse. Une sonde avait été introduite par l'urètre dans la vessie contenant de l'eau boriquée. Le résultat fut parfait car des gaz sortirent avec violence par la sonde; je crois même, et la malade aussi, qu'il sortit des gaz par la plaie inguinale. Dès lors je posai le diagnostic de fistule faisant communiquer le gros intestin, probablement l'S iliaque avec la vessie.

L'examen du rectum avait été négatif, ainsi que celui du vagin. L'utérus en rétroflexion est mobile,

mais on sentait à gauche, dans le cul de sac, une tuméfaction assez douloureuse qui pouvait bien être les annexes. Dès lors, l'hypothèse la plus naturelle était annexite suppurée très ancienne, après cystite blennorragique; annexite ouverte spontanément à la paroi, dans la vessie, et dans l'intestin.

Dès lors, l'opération logique qui s'imposait était la laparotomie, dissection de l'intestin, suture intra-péritonéale de l'intestin et de la vessie, ablation des annexes.

La malade fut préparée: purgation énergique; quatre lavements, vagin lavé au sublimé, la vessie au nitrate d'argent 1 p. 1000. L'opération fut pratiquée le 2 septembre 1899.

Opération. — Anesthésie au chloroforme, le docteur Faure, chirurgien des hôpitaux, m'assistant. Toilette préalable d'usage; protection avec des compresses de la plaie fistuleuse. Laparotomie sous-ombilicale.

L'épiploon est adhérent à la lèvre gauche de l'incision, résection de cette adhérence; ligature avec trois catguts. Des compresses sèches isolent le petit bassin. L'utérus dévié à gauche adhère à une masse formée par l'S iliaque et sans doute par les annexes gauches, qui sont fusionnées avec la fosse iliaque et la paroi au niveau de la région inguinale.

Le plan opératoire est alors le suivant: dissection de l'S iliaque, suture de la vessie et de l'intestin, ablation des annexes, drainage inguinal.

La dissection de l'S iliaque se fait assez facilement, bien qu'on soit obligé de la sculpter dans un tissu fibreux, grâce à la position inclinée de la malade et la position de l'opérateur placé à droite et assis. Cette dis-

section se fait principalement au bistouri, puis vers la fin avec les doigts. L'S iliaque est séparée successivement de la paroi, de l'ovaire gauche qu'on enlève à ce moment, de la vessie et de l'utérus. En décollant l'intestin de la vessie on recherche avec soin l'orifice de communication entre les deux réservoirs.

Cet orifice qui était protégé par de solides adhérences est à peu près du diamètre d'une sonde de trousse. On procède immédiatement à son oblitération. Pour cela une sonde métallique est introduite dans la vessie et vient faire saillie dans la fistule de façon à bien montrer les bords de la perte de substance. On fait une suture en bourse au catgut sur les bords de la perforation, puis une rangée de points de Lambert adossant la séreuse.

La vessie est alors abandonnée dans l'abdomen : à la fin on y introduira une sonde Pezzor.

Beaucoup plus difficile est l'oblitération de l'intestin. Ce dernier est perforé en trois points : une grande perte de substance mesurant 5 à 6 centimètres et deux petits du diamètre d'une pièce de 0,50 à 1 franc, sont situées sur son bord libre. Ces trois perforations sont réunies en une seule, qui mesure 7 à 8 centimètres. Il en résulte que l'intestin n'est plus représenté à ce niveau que par une bande de muqueuse mesurant à peine deux travers de doigts dans sa partie la plus rétrécie. Deux parties sont en présence : la résection intestinale suivie d'entérorraphie circulaire, ou latérale. La première est plus longue, plus difficile à exécuter dans la profondeur du bassin, mais peut être plus correcte. La deuxième est plus rapide, mais vu la longueur et la largeur de la perte de substance, expo-

serait à un rétrécissement ou à une coudure de l'intestin. Néanmoins, après avoir évalué par le rapprochement des bords de la plaie le calibre probable de l'intestin après la suture, c'est à ce dernier parti que nous nous rangeons.

A cet effet, l'S iliaque est libérée des dernières adhérences qui l'unissent à l'utérus, ce qui lui donne plus de longueur et rend moins difficile la suture. On introduit aussi dans l'intestin un gros drain destiné à faciliter la suture, mais bientôt on le retire, car il ne facilite rien. La suture est pratiquée presque en totalité dans le sens perpendiculaire à l'axe de l'intestin. Un premier rang de sutures à la soie fine réunit la muqueuse et, par endroit, toute l'épaisseur de l'intestin.

Un deuxième plan de points séparés à la soie fine, adosse les séreuses et musculeuses. Avant la suture, j'avais avivé les bords de la perte de substance.

L'intestin suturé, je constate en refoulant les tuniques avec l'index que son calibre admet juste l'extrémité de l'index, mais il n'y a pas de coudure et l'S iliaque décrit une courbe bien régulière. La surface de l'intestin est bien lisse, mais dépourvue de séreuse.

Nous reportant alors vers la région inguinale, nous apercevons un organe distendu, bosselé, qui adhère à la paroi et, d'autre part, à l'utérus. Cet organe, pris d'abord pour l'uretère distendu et la veine iliaque, est facilement reconnue à ce moment comme étant la trompe flexueuse et dilatée.

Elle est d'abord séparée de l'utérus, puis arrachée pour ainsi dire de la paroi, où elle adhère par un tissu fibreux tellement dense que je suis obligé de déployer de la force, presque de la brutalité, pour l'en séparer.

Cette trompe contient un liquide séro-purulent et visqueux ayant la plus grande ressemblance avec le pus qui s'écoulait de la plaie, ce qui m'a fait supposer qu'il s'agissait d'une fistule tubaire. Avec l'extrémité des ciseaux poussés fermés, j'effondre par pression la paroi inguinale au droit de la fistule et je l'élargis au point de pouvoir drainer très largement par cet endroit. C'est alors que, découvrant la plaie inguinale jusqu'à ce moment recouverte, je m'aperçois qu'elle est iondée d'un pus visqueux. C'est évidemment le contenu de la trompe qui s'est vidé par là, pendant les manœuvres de décortication.

Je termine l'opération en drainant largement :

1° Par la plaie inguinale, j'introduis un gros drain perforé du diamètre du pouce avec trois mèches de gaze iodoformée qui vont séparer la suture intestinale du reste de l'abdomen ;

2° Un drainage sus-pubien plongeant dans le Douglas et sortant par la partie inférieure de l'incision médiane.

Le reste de la paroi est réuni à la soie en un seul plan, car l'opération dure depuis une heure et demie. Enfin, je termine en curettant la plaie inguinale, je libère rapidement les bords entropionnés, je draine au point décline de la grande lèvre et je suture les deux tiers internes de la plaie inguinale. Le quart externe donne passage au drainage abdominal.

Conclusions. — L'origine des accidents était due à une salpingite ouverte d'une part à la région inguinale, d'autre part dans la vessie et dans l'S iliaque.

1° Il y avait communication directe de l'S iliaque avec le sommet de la vessie, par un orifice lissant pas-

ser les gaz, mais pas assez gros pour laisser passer les matières normalement dures dans cette région de l'intestin.

2° L'S iliaque communiquait aussi directement avec la fistule inguinale, mais par l'intermédiaire de clapiers qui ne laissaient que difficilement filtrer même les gaz.

3° La trompe gauche dilatée, point de départ des accidents, était ouverte à la paroi et c'est elle qui inondait la fistule cutanée de ce mucus purulent qu'elle sécrétait en abondance.

Suites opératoires. — Le soir, température 37°8. Pouls 96. Faciès bon. A vomé vert. Beaucoup de sérosité sanguinolente dans le pansement. Le drain de la grande lèvre ayant été arraché par mégarde, on ne le remplace pas. Aspiration de 60 gr. de liquide sanguinolent par le drain.

Le lendemain 3 septembre. Température matin, 38°. Pouls 148. Faciès bon. Ventre rétracté, indolence, sauf à droite de la suture au niveau de l'anse sigmoïde où il existe une légère sensibilité.

Soir, température 39°6. Pouls petit, difficile à compter: 160; Cependant, faciès bon, quoique coloré, pas de vomissements. A dormi, a faim. Ventre en bateau, indolore. Aspiration de 50 gr. de liquide sanguinolent par le drain de Douglas. La ligne de suture inguinale est très douloureuse; la peau y est vernissée et rosée; par un point de suture, du pus s'écoule; on fait sauter toutes ces sutures. Écoulement du pus, attouchement à l'eau oxygénée, poudre d'iodoforme. Si on avait remplacé le drain, peut-être aurait-on pu conserver les sutures.

4 septembre. Mort à 2 heures du matin, après agitation.

Autopsie. — Les points de suture sont défaits. Du pus est trouvé entre l'épiploon et la paroi au niveau de quelques points de suture.

La suture vésicale a tenu; de même celle du rectum. Mais, dans le bassin, il y a une anse grêle affaissée et couverte de pus; il y a également du pus au niveau de l'utérus et de la sérosité sanguinolente dans le Douglas. Le reste de l'abdomen est sain.

La vessie et l'S iliaque sont conservées dans l'alcool au laboratoire de Laënnec, dans le service de mon Maître, le professeur agrégé Reclus.

OBSERVATION N° 13 (Keen. *Journal of the american medical association*, 1898, I, p. 1108. Appendicite suivie de fistule vésico-intestinale.)

Homme de 25 ans. A l'âge de sept ans, extraction d'une épingle de son urètre. Autres détails manquent.

Depuis quelques années, il souffrait d'un abcès que son médecin localisait à la prostate; cet abcès s'ouvrit d'une façon tellement fâcheuse, qu'une fistule vésico-rectale se forma et qu'ensuite vinrent des attaques de cystite. On fit de nombreux efforts pour préciser les points où se trouvaient les orifices fistulaires, mais on ne put arriver qu'à cette seule conclusion, que l'orifice se trouvait très près de l'anus.

A l'âge de 25 ans, première opération. On lui fit une section périnéale, mais la fistule resta. Alors on résolut de lui faire un anus artificiel, mais le résultat n'en était pas satisfaisant. Les matières fécales passaient

souvent dans la vessie avant que quelque chose fut sécrété par l'anús artificiel. Il en était de même de graines de fraises. Ces faits semblaient indiquer que l'orifice intestinal de la fistule était beaucoup au-dessus de l'anús artificiel.

Donc on fit une troisième opération, et alors on trouva que la malade avait un appendice très long qui pénétrait profondément dans le bassin, de sorte que son bout touchait à la prostate. Il était solidement incorporé dans la paroi vésicale.

On enleva l'appendice et sutura la plaie de l'appareil urinaire. Puis, une quatrième opération fut faite pour fermer l'anús artificiel.

Le malade se rétablit et tous les symptômes fistulaires cessèrent. Il quitta l'hôpital.

Mais bientôt après il fut pris de vomissements: une constipation opiniâtre s'installa chez lui et il mourut d'un iléus, 24 jours après la dernière opération.

L'abcès présumé de la prostate n'était donc qu'une appendicite.

OBSERVATION N° 14 (Pr. Perrier cité in Quénu et Hartmann. Chirurgie du rectum, p. 235). — Le professeur Térrier, plus heureux que Czerny, dans un cas de fistule intestino-vésicale consécutive à l'ouverture d'un foyer suppuré dans l'S iliaque et dans la vessie, put, par la laparotomie, aborder la poche intermédiaire du volume d'une noix. Aucun orifice ne fut suturé; un drain fut simplement placé entre la vessie et l'intestin. Immédiatement le passage des matières dans la

vessie cessa et, quelques jours plus tard, la fistule stercorale se ferma spontanément à son tour.

OBSERVATION N° 15. — Résumée) Cadwallader R. (*Journ. Am. Ass. Chicago*, 1909). Fistule permanente appendiculo-vésicale.

Une jeune fille, âgée de 20 ans qui, à l'âge de 12 ans, ressentit des douleurs vésicales et remarqua une quantité considérable de muco-pus mélangé à l'urine. La douleur était plus intense au moment de l'évacuation intestinale. En outre, elle eut pendant quelques années des coliques abdominales paraissant être une attaque d'appendicite aiguë qui l'obligeaient à garder le lit. Trois ans environ après, des matières fécales furent remarquées, pendant longtemps, dans ses urines. Habituellement, c'étaient des pépins de fruits, des pellicules, des grains ou des débris de muco-pus de couleur brune. Au même moment, les gaz passaient bruyamment avec l'urine, et elle sentait sûrement que pendant longtemps les urines passaient par l'intestin.

La cystoscopie faite, nous remarquâmes une tache sur le bas-fond, qui pouvait être une ouverture. Ici se trouvait une partie noire ou cratère d'une tache dans le voisinage de laquelle les tissus étaient enflammés.

Opération : Le 3 janvier, avec l'assistance du Dr Campbell-Fond, j'ouvris l'abdomen et trouvai d'abord une forte adhérence de l'iléon au bas-fond, qui fut soigneusement séparée, mais qui ne communiquait pas avec la vessie.

Au-dessous, nous trouvâmes le type de l'appendice adhérent à la vessie.

Celui-ci était incrusté dans la paroi avec laquelle il ne semblait former qu'une partie. z

Il était d'environ 7 centimètres de long et d'un diamètre uniforme.

Les suites furent simples. On coupa une couche péritonéo-musculaire sur la ligne médiane: le morceau et l'abdomen furent fermés par la suture de Ford. La fermeture fut sans importance et la malade quitta le lit une semaine après.

OBSERVATION N° 16. — Pierre Delbet (*Bul. et Mém. Soc. de Chir.* Paris, 1903). Fistule vésico-intestinale.

M. L..., âgé de 39 ans, qui n'avait présenté d'autres symptômes morbide que quelques coliques insignifiantes, fut très surpris de constater un jour — il y a 7 ou 8 ans — qu'il rendait des gaz par la verge. Cette pneumaturie était assez bruyante pour que le malade redoutât d'uriner en public. Parfois, il passait aussi par la vessie quelques débris de matières fécales.

La santé générale qui n'avait pas été touchée au début, ne tarda pas à s'altérer. De la fièvre survint avec des frissons et le malade se décida à une intervention qui fut pratiquée dans une ville de province.

Le chirurgien chercha à aborder la fistule par la cavité vésicale.

Il fit une taille hypogastrique, eut beaucoup de peine à trouver, tant il était petit, l'orifice vésical à droite, un peu au-dessus du trigone. Il fit l'avivement de cet orifice et le sutura au catgut.

Quelques jours après, les fils lâchèrent et les matiè-

res fécales se précipitèrent en abondance par cet orifice agrandi.

Peu à peu, l'orifice se rétrécit au point que les matières fécales et les gaz ne passèrent qu'en très petite quantité. On laissa l'incision ventrale se refermer et on supprima les tubes; le malade reprit la même vie qu'avant l'opération; mais les phénomènes de résorption disparurent et pendant 6 ou 7 ans il a pu mener la vie de tout le monde.

Il y a 4 mois, la fistule s'est reproduite et le malade eut, en même temps un orchite. Le même chirurgien lui fit de nouveau la taille hypogastrique et sutura la fistule avec du crin de Florence. Il lui fut impossible de trouver de trajet ou l'orifice intestinal de la fistule.

La suture au crin de Florence se défit rapidement et les matières fécales et les gaz passèrent plus abondamment que jamais.

Malgré l'orifice vésical sus-pubien qu'on maintient ouvert, le malade ne peut pas vivre avec les souffrances atroces qu'il accuse.

Entré dans le service de M. Delbet, le malade fut opéré le 13 septembre. Il aurait été plus sage de différer l'opération, dit M. Delbet, mais il se décida à intervenir à cause des souffrances insupportable du malade.

Après la fermeture de l'orifice hypogastrique et le lavage complet de la paroi abdominale, pour parer à l'infection par l'urine et les matières fécales, le ventre fut ouvert et l'intestin grêle relevé (il n'était pas adhérent); il reste une masse fibro-graisseuse qui va de la paroi abdominale (région du méat hypogastrique) au promontoire et dans laquelle il est impossible de rien distinguer.

On va chercher le côlon dans la fosse iliaque gauche et je constate que cette masse est constituée par le côlon pelvien énormément épaissi par des mésons diffuses d'inflammation chronique.

On agrandit l'incision par en bas jusqu'au point où la vessie est adhérente à la paroi et on commence à décoller le côlon.

Les adhérences sont étroites et très résistantes, mais heureusement elles saignent peu; le décollement va lentement. On arrive bientôt sur une région où les adhérences très fortes résistent absolument aux ongles et aux pinces. Après avoir placé des compresses protectrices, on attaque cette région avec des ciseaux courbes et on arrive sur la fistule. La muqueuse intestinale fait saillie par l'orifice. On pourrait déjà suturer séparément l'orifice vésical et l'orifice intestinal, mais on préfère séparer complètement le côlon pelvien.

Bien que libéré, il reste à peu près immobilisé par l'épaississement et la rétraction du méso. Il ne sort ni urine de la vessie, ni matière de l'intestin. On commence par la suture de l'intestin. L'orifice ovalaire a, à peu près, le diamètre de l'index. Le grand axe est oblique par rapport à l'intestin. On fait deux points de suture. À une extrémité on est gêné par les appendices épiploïques; à l'autre, le fil coupe.

En somme, la suture présente des difficultés. On espère cependant être arrivé à la faire bonne. La résection de l'intestin aurait présenté ici des difficultés considérables.

D'une part, il aurait fallu la faire très étendue, car les lésions s'étendaient à tout le côlon pelvien et, d'autre part, on aurait été singulièrement embarrassé par

la brièveté et l'épaississement de son méso. La suture de la vessie a présenté de grandes difficultés, non pas que la paroi vésicale fut friable, mais l'orifice siégeait sur la face inférieure de la vessie et était très difficilement accessible.

On arriva péniblement à faire deux plans en surjet.

Suture de la paroi sans drainage.

Les suites furent d'une simplicité extrême. Il n'y eut qu'un point fâcheux: jamais la sonde à demeure n'a bien fonctionné et il passait toujours un peu d'urine par le méat hypogastrique. Comme cette sonde qui ne remplissait pas son but déterminait des douleurs très vives, je pris le parti de la supprimer au bout de cinq jours et de rouvrir la fistule hypogastrique vésicale. A part cela, tout alla à merveille pendant 13 jours. Il n'y avait eu aucune élévation de température, aucune réaction péritonéale, l'intestin fonctionnait bien.

Le malade était considéré comme définitivement guéri, quand le 14^e jour, il se produisit une élévation de température, en même temps que des douleurs. La cicatrice abdominale se désunit et il sortit du pus avec des matières intestinales. Cet accident survenant au bout de 14 jours, alors que tout danger paraissait conjuré, ne peut s'expliquer que par la nature des lésions intestinales.

Le malade avait eu, vers l'âge de 19 ans, un chancre syphilitique et on avait la conviction, avant même l'opération, que la fistule était due à une gomme intestinale ouverte dans la vessie.

On aurait dû mettre le malade au traitement avant de l'opérer, ce qui ne fut pas possible à cause de ses terribles souffrances qui pressèrent l'opération. Après

l'opération, le traitement prescrit (sirop de Gibert et une potion iodurée), ne fut pas suivi d'une manière régulière. Or, il est survenu un accident qui plaide énergiquement en faveur de l'origine syphilitique des lésions intestinales qui étaient étendues. Quelques jours après l'opération, s'était développée d'une manière insidieuse et indolente, une petite tuméfaction dans le cordon du côté droit, au voisinage de l'orifice externe du canal inguinal.

Lorsque le malade attira l'attention sur cette tuméfaction, elle avait le volume d'une petite noix et était peu sensible.

Enfin cette tuméfaction a cédé au traitement spécifique intensif à l'aide d'injections d'huile biiodurée de Panas.

Le malade a été incontestablement amélioré par l'opération. Au lieu d'uriner et de déféquer par l'hypogastre, il urine par la verge (les urines n'ont jamais passé ni dans l'intestin, ni par la fistule abdominale) et les matières fécales habituellement passent par l'anus, mais de temps en temps elles passent avec les gaz par le méat hypogastrique et par la vessie.

OBSERVATION N° 17. — Cerné (*Normandie Méd.*, Rouen, 1906, t. XXI, p. 183-187). Fistule vésico-intestinale: guérison.)

M..., 44 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 27 février 1905.

Antécédents héréditaires excellents.

Dans l'enfance, il a eu de l'entérite jusqu'à l'âge de 5 ans.

A 30 ans, il a eu une orchite gauche et nie tout accident blennorragique.

Deux ans après, nouvelle orchite gauche, mais on n'en trouve pas de traces à l'heure actuelle. C'est dans l'intervalle de ces deux orchites, en 1901, qu'il commence à se plaindre de la vessie, où il éprouve des douleurs, surtout après la miction.

On aurait, dès ce moment, constaté du pus dans ses urines, et on lui ordonne des capsules de térébenthine et le régime lacté.

Bientôt, il s'aperçoit que des gaz sortent par le canal de l'urètre, puis des matières, avec des fragments de nourriture non digérée, tels que pépins de pommes et de raisins.

Pendant longtemps, ces accidents sont intermittents, séparés par plusieurs jours d'intervalle; ils ne s'accompagnent d'aucune réaction inflammatoire. Malgré les conseils du docteur Peyroux, d'Elbeuf, il hésite à se soumettre à une opération. Mais, depuis un an, les accidents cessent d'être intermittents, ils sont continus et ses souffrances le décident à se faire opérer. Il faut d'ailleurs noter que ses douleurs ont toujours été vésicales ou lombaires; on ne retrouve aucun symptôme de péritonite, en particulier pas de vomissements.

D'ailleurs l'état général n'est pas mauvais. M... est gras, plutôt obèse, mais à chairs flasques et pâles. Ses sommets sont suspects; respiration légèrement soufflante à droite, en arrière et à gauche en avant. L'urine contient du pus en assez grande quantité et un excès de sels minéraux.

Le toucher rectal montre une prostate saine, un peu

de résistance au-dessus de la prostate; on ne perçoit pas d'orifice aussi haut qu'on puisse atteindre.

La palpation abdominale, difficile par suite de l'épaisseur de la paroi, ne fait rien sentir de précis, peut-être cependant un peu de résistance dans la fosse iliaque gauche. C'est de là, prétend le malade, que partent les gaz qui vont être évacués par la vessie.

L'injection de lait par le rectum est bientôt suivie de son apparition dans la vessie; il suffit de 100 grammes de lait, ce qui indique que la communication siège assez bas, probablement au niveau de l'S iliaque.

Le cathétérisme vésical ne fait pas sentir de corps étrangers.

Opération le 6 mars 1905. Laparotomie sus-pubienne. La couche de graisse sous-cutanée est extrêmement épaisse. Dans la position de Trendlenburg, on découvre facilement l'adhérence du sommet de l'S iliaque à la partie supérieure de la face postérieure de la vessie. Il n'y a aucune autre adhérence péritonéale et il n'existe ni canal ni poche entre les deux organes, qui sont intimement accolés.

On les sépare au bistouri; la fistule est bien garnie de muqueuse, large de 3 mm. environ. Il ne s'écoule ni matières ni urine et on fait séparément une suture intestinale et une suture vésicale par deux plans, total et séro-séreux.

Drainage et sonde à demeure.

La guérison de la plaie opératoire n'a été troublée que par la formation d'un petit abcès, dans un épanchement sanguin assez abondant sous la peau et l'abondance des sels qui obstruent la sonde, d'ailleurs rapidement supprimée.

A plusieurs reprises, le malade croit sentir quelques gaz passer par l'urètre, mais il est certain que la fistule est bien fermée. Une injection de lait, faite à plusieurs reprises dans le rectum, ne revient pas avec l'urine.

Par contre, les urines ne s'éclaircissent pas, il semble même qu'elles deviennent plus purulentes malgré des lavages vésicaux et instillations de nitrate d'argent. Notons aussi que le 16 mars, il a uriné quelques gouttes de sang pur.

Il sort le 22 avril. A cette date, les urines sont redevenues plus claires, mais M... se plaint de souffrir en urinant.

A la vérité, son histoire n'était pas finie. Rentré chez lui, il continua de souffrir.

Le 20 mai, il expulse deux petits calculs de la grosseur d'un pois.

En août, l'urine redevient très purulente. mélangée de sang à la fin de chaque miction, il éprouve une vive douleur et expulse quelques gouttes de sang pur.

Il rentre à l'hôpital le 18 septembre, les symptômes d'un calcul vésical n'étant pas douteux et étant facilement confirmés par la cathétérisme.

Opération le 22 septembre.

Taille sus-pubienne. On retire un calcul phosphatique ayant 5 centimètres de longueur sur 3 1/2 de largeur. Ouvert, on trouve à son centre une enveloppe d'amande.

Drainage vésical et sonde à demeure.

Il sortait le 9 octobre complètement guéri et avec des urines parfaitement claires.

OBSERVATION N° 18. — Hartmann H. (*Bul. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1906, t. XXXII, p. 959-961). Fistule double faisant communiquer le côlon et la vessie et le vagin; fermeture de la fistule intestino-vésicale, puis de la fistule vésico-vaginale. Guérison.

G., 25 ans, entre le 14 juin 1903 à l'hôpital Lariboisière, salle Lallier, n° 9, parce qu'elle perd ses urines par le vagin mêlées de matières fécales.

Cette malade raconte que six ans auparavant, en avril 1896, on lui fit, à Besançon, une taille vaginale pour un calcul, dont le centre était formé par une épingle à cheveux. Trois semaines avant l'opération, on constata dans ses urines la présence de pépins de figues puis des matières fécales nettement reconnaissables.

Une première tentative de fermeture de la fistule vésico-vaginale, en juin de la même année, ne fut pas suivie de succès. La malade vint alors à Paris et entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Polaïllan. Celui-ci tenta de nouveau, inutilement, de fermer la fistule vésico-vaginale. Il chercha ensuite, dans l'intérieur du rectum, l'orifice de la fistule intestino-vésicale, mais ne le trouva pas. Une troisième tentative de fermeture de la fistule vésico-vaginale n'aboutit de même à rien. La malade se décourage alors et ne fait plus rien pendant 5 ans.

Lorsqu'elle entre à Lariboisière, elle perd la plus grande partie de ses urines par le vagin; une petite quantité est émise par l'urètre. Celle-ci contient du pus en abondance et est mêlée de matières fécales, quelquefois en morceaux reconnaissables. Des gaz passent par la vessie en produisant un bruit de clapotement. Lorsque la malade se purge, les matières pas-

sent en abondance par la vessie, les lavements refluent de même en partie par celle-ci. Lorsqu'on injecte de l'eau en certaine quantité dans la vessie, quelques gouttes de liquide apparaissent à l'anus.

Le col utérin est mou, régulier; son orifice légèrement entr'ouvert regarde en bas et en arrière; le corps est en antéflexion normale; on ne sent de tuméfaction en aucun point; cependant en arrière et à gauche, profondément, contre la paroi de l'excavation, au voisinage du détroit supérieur, on trouve une vague induration, un peu sensible à la pression. Le toucher rectal ne fait rien sentir de particulier.

Après application d'une valve de Sims, on voit, en un point correspondant à peu près au col vésical, un orifice fistuleux de petites dimensions, entouré d'une paroi mince; l'urètre est libre et nullement rétréci.

Malgré son infirmité, la malade a mené une grossesse à terme et sans incident, il y a 10 mois. Elle a toujours joui d'une bonne santé, à part ce fait que, vers l'âge de 41 ans, elle a eu, dans la région cervicale droite, un abcès qui a mis des mois à se fermer et a laissé une cicatrice difforme.

Le 1^{er} juillet 1903, après anesthésie, on pratiqua la cystoscopie directe avec un tube urétroscopique et un miroir frontal. Dans le segment postérieur gauche de la vessie, on voit un orifice fistuleux, qui se présente avec une apparence rappelant celle que donne à l'endoscope un urètre de femme. Une pince introduite dedans, pénètre dans l'intestin, établissant que la fistule a des dimensions considérables, à peu près celles d'un urètre de femme. La muqueuse vésicale est saine dans tout le reste de son étendue. L'examen du rectum,

pratiqué avec un tube protoscopique, montre que l'ampoule est saine et que, par conséquent, la communication est plus haut située, sur le côlon pelvien.

Le 6 juillet 1903, fermeture de la fistule colo-vésicale. Après lavage de la cavité vésicale à l'eau boriquée, par une incision médiane intermédiaire au pubis et à l'ombilic, on ouvrit le ventre de la malade placée en position élevée du bassin. L'excavation vidée des anses qui s'y trouvent, on voit que le côlon pelvien adhère à la face postérieure du ligament large gauche, un peu en dessous et en dedans de la fossette ovarienne à 1 cm. 1/2 en dehors du bord gauche de l'utérus. On commença à décoller ce côlon; on arriva à le séparer facilement jusqu'au moment où il ne reste plus qu'une zone du diamètre d'un crayon qui ne peut être séparée avec l'ongle.

Il semble qu'à ce niveau une sorte de diverticule de l'intestin s'engonce dans le ligament large. On le sectionna au bistouri à ras du ligament large, repérant, à mesure qu'on fait la section, les bords du trou du ligament large avec des pinces de Kocher.

Relevant le côlon libéré et l'amenant à l'extérieur, on ferma sa perforation avec trois points séparés au catgut qui comprennent toutes les tuniques de l'intestin, puis on enfouit ce premier rang de sutures sous une autre suture non perforante à la soie.

En revenant alors à l'orifice vésical, on le ferma par un premier surjet au catgut que l'on enfouit sous cinq points non perforants à la soie.

Drain dans le cul-de-sac recto-utérin. Fermeture de la paroi abdominale en trois plans. Une sonde Pezzer est placée dans la vessie par la fistule vésico-vaginale.

Le drain est retié le quatrième jour et la guérison a lieu sans incidents.

A partir de ce moment, la fistule intestino-vésicale est fermée. Le 31 octobre 1906, fermeture de la fistule vésico-vaginale. Guérison.

OBSERVATION N° 19. — Hepner (cité par Heine).

Il s'agit d'une femme âgée de 64 ans qui, 14 mois auparavant, après un effort et un refroidissement, eut de la fièvre, des vomissements et des douleurs dans tout le corps. Quelques semaines après, elle ressentit des douleurs vésicales, des difficultés à la miction, et eut des rejets de gaz par l'urètre. Les urines devinrent très troubles. L'examen microscopique montra la présence de nombreuses bactéries, des cellules végétales et des fibres musculaires. A l'examen cystoscopique, on constata une tache noire de 1 cm. environ sur la paroi postérieure de la vessie près du bas-fond. Pendant cet examen, on avait vu des bulles d'air qui pénétraient dans la vessie par cette tache.

La laparotomie sous-ombilicale fut faite le 10 octobre 1902; incision longitudinale et une autre transversale dans le tiers inférieur de la plaie pour mieux exposer le rectum. L'S romanum était attaché à la face postérieure de la vessie par quelques adhérences. Pas de tumeur ni de signes d'inflammation du mésentère.

La communication intestino-vésicale est formée par l'S iliaque (à 12 cm. du rectum) et la paroi postéro-inférieure de la vessie.

Elle est réalisée par l'intermédiaire d'un organe cylindrique long de 2 cm. 1/2, qui fait l'impression d'un

diverticule intestinal. Cet organe est coupé entre deux fils, avec le thermo.

On ferma la plaie intestinale et vésicale séparément par une suture en bourse et une autre suture séro-séreuse.

Fermeture de la paroi abdominale, drain de gaze iodoformée au voisinage de l'ancienne fistule. Enlèvement des fils et du drain huit jours après l'opération.

Guérison.

La cystoscopie montra la cicatrisation progressive de l'orifice fistuleux.

L'examen de l'organe extirpé montra qu'il s'agissait d'un diverticule acquis et qui était constitué par la muqueuse et la séreuse intestinale ; la musculuse n'existait plus.

OBSERVATION N° 20. — Appuhn (Maximilien Henry). Appendicite à diagnostic difficile, postérieure à un accouchement suivi de phénomènes puerpéraux. Pyurie. Laparotomie. Fistule appendiculo-vésicale. Guérison.

Il s'agit d'une femme de 20 ans, qui eut un accouchement à terme le 23 décembre 1902, d'un fœtus mort et macéré. Accidents puerpéraux. Le 1^{er} février, poussée d'appendicite, avec phénomènes de cystite sans aucun signe de fistule vésico-intestinale. Le diagnostic porté fut celui d'annexite suppurée avec formation d'une collection purulente périannexielle ouverte dans la vessie.

20 avril : Opération. Chloroformisation. Position de Trendelenbourg. Incision de la paroi. On aperçoit un

cordon du volume d'un crayon ordinaire, partant du cœcum pour venir aboutir à la vessie, qui adhère à l'utérus et aux annexes droites. Ce cordon est dur, irrégulier; il passe immédiatement au-dessus du fond de l'utérus sans contracter d'adhérence avec cet organe. Il est absolument impossible d'isoler la vessie de l'utérus; les adhérences sont anciennes. On reconnaît, cependant, l'ovaire droit qui, en apparence, est sain. Les annexes gauches sont saines. Le cordon dur n'est autre que l'appendic allongé et augmenté de volume adhérent par son extrémité à la vessie. Un fil est mis à la base, près du cœcum et permet la section de l'appendice. Enfouissement du moignon après désinfection thermocautère. Section de l'extrémité adhérente après la pose d'un fil le plus près possible de la paroi vésicale. Désinfection au thermo du point d'implantation. Fermeture de la paroi abdominale. Guérison.

OBSERVATION N° 21. — F.-W. Rankin, and Judd. Rochester Minnesota. Surg. Gynéc. and Obstét. (Chicago), t. 32, p. 2 Féb. 1921 (rés.).

E. S. L., âgé de 33 ans, vint à la Clinique le 3 décembre 1919, pour fistule vésico-intestinale.

En 1911, le malade remarqua pour la première fois le passage de gaz par l'urètre à la suite d'une partie de tennis. Depuis lors, à des intervalles irréguliers, il vit passer du pus, des gaz, des graines de figues et des particules alimentaires. Juste avant le premier passage des gaz, le malade avait eu une sévère crise d'appendicite.

En 1914, il eut une crise douloureuse au niveau de

l'aine droite, accompagnée de gonflement du testicule, qui fut améliorée par le traitement médical. Une crise du même ordre, un an après, nécessita le drainage de l'épididyme. Le malade souffrit presque continuellement de douleurs vésicales pendant les 3 mois qui précédèrent son entrée à la Clinique.

La radiographie des reins, uretères et vessie, fut négative. La radiographie du côlon montra une fistule entre le cœcum et la vessie.

La cystoscopie confirma la présence d'une fistule vésico-intestinale.

Opération le 27 décembre 1919. — L'abdomen fut ouvert par une incision rectiligne à droite, et on trouva l'appendice adhérent à la paroi postérieure droite de la vessie. On enleva l'appendice et le trajet fistuleux et on ferma l'ouverture de la vessie au catgut. Puis l'abdomen fut fermé sans drainage.

Le malade eut une convalescence normale et fut renvoyé deux semaines après l'opération.

OBSERVATION N 22. — P. Pilcher (Brooklin). Ileo vesical and appendico-vesical fistula complicated by stone in the bladder. (Fistules iléo et appendiculo-vésicales, avec calcul de la vessie (*The american Journal of urology*, tome VIII, n° 7. Jui. 1912, p. 367 à 391).

Un homme de 30 ans fait fait en 1899 une crise violente d'appendicite aiguë qui est prise pour une colique néphrétique. Dix mois après, hématuries, ténesme vésical et, un matin, expulsion de gaz par l'urètre. Un mois plus tard, douleurs dans la fosse iliaque droite et issue par l'urètre de deux caillots vermiformes décolorés.

Lavages vésicaux. On découvre un petit calcul vésical qui est enlevé en 1903 par la taille sus-pubienne. La pneumaturie et les douleurs de la fosse iliaque droite reparaissent.

En 1905, le cathétérisme urétéral décèle une infection bilatérale à colibacilles.

En 1906, une fistule intestino-vésicale s'est constituée: l'orifice s'ouvre dans la vessie, à 2 cm. au-dessus du méat urétéral droit.

En 1910, laparotomie par Pilcher; l'appendice adhère par son extrémité dans la vessie et s'y ouvre. Résection de l'appendice, suture de l'orifice vésical.

Pendant quatre jours, parésie intestinale et vomissements violents qui déterminent une éventration au niveau de la cicatrice.

La pneumaturie ne cessa pas: le malade expulsait par l'urètre les peaux des grains de raisin qu'il venait de manger deux minutes auparavant. Le malade demeura ainsi pendant deux ans.

En 1912, nouvelle intervention. On trouve une fistule iléo-vésicale, large d'un centimètre et demi. Suture de l'intestin et de la vessie. La suture vésicale est enfouie sous un lambeau épiploïque. Trois jours après, vomissements violents qu'une injection de 40 cc. d'hormonal fait cesser. Guérison.

OBSERVATION N° 23. — (D^r Behague). Calcul vésical avec perforation spontanée de la vessie et fistule colo-vésicale. (Obs. inédite que nous devons à l'obligeance du D^r Behague, chirurgien de l'hôpital d'Arras. Nous sommes heureux de le remercier ici).

Il s'agit d'une femme de 40 ans, ayant eu plusieurs enfants et plusieurs fausses couches. Je la vois un soir d'hiver dans une demi-lune (pays dévastés), souffrant violemment du côté gauche de l'abdomen, où je perçois dans les annexes, une tumeur fluctuante assez volumineuse, avec fièvre et frisson depuis plusieurs jours et envies fréquentes d'uriner.

Je diagnostique: pyosalpingite et je me propose de l'opérer le lendemain à ma clinique d'Arras. Mais la nuit même, la malade se sent soulagée, au point qu'elle refuse toute intervention sur le champ.

Quelques jours plus tard, elle cesse brusquement d'uriner et elle a la certitude que ses urines et du pus s'évacuent par l'anus. C'était en effet la réalité. La malade comprit alors la nécessité d'une intervention chirurgicale.

Dès l'ouverture du ventre, on aperçoit trois portions intestinales:

L'une en anse, l'autre en V, et la troisième latérale, formée par l'anse sigmoïde, adhérentes à une vessie *ratatinée*.

La libération des dites adhérences fut laborieuse et l'intestin dut être suturé sur tous les points adhérents.

Les annexes du côté gauche étaient saines, mais avec quelques adhérences péritonéales.

Restait la vessie qui paraissait n'avoir de volume plus fort que celui d'un dé à coudre et dans laquelle je trouve un calcul du volume d'une grosse noisette. L'extraction en fut très simple.

Mais, comment suturer une vessie à parois si restreintes, friables, amincies par les adhérences libérées des intestins. Je suturai les portions qui me parurent suffi-

samment résistantes et j'accolai les autres à l'utérus et aux ligaments larges, essayant ainsi de refaire une vessie en partie artificielle, avec des organes voisins un peu mobiles.

Mes efforts furent en partie couronnés de succès. Je pris soin de drainer l'abdomen et surtout de maintenir une sonde vésicale à demeure pendant 15 jours.

Les suites immédiates furent aussi bonnes que possible. Mais je dus, après 15 jours, retirer la sonde à demeure qui, obstruée par des concrétions, ne fonctionnait que peu et insuffisamment. Malgré son remplacement, la suture abdominale se mit à suinter de l'urine, et je dus, quelques mois plus tard, ouvrir l'abdomen pour suturer les tissus sclérosés qui s'étaient formés, et j'obtins ainsi l'étanchéité définitive de la vessie. J'ajoute que la capacité de celle-ci n'est pas énorme: 50 à 60 cc. environ; aussi la malade doit-elle recourir, la nuit, à une sonde à demeure, qu'elle s'introduit elle-même.

Le jour elle est continente et a le temps nécessaire pour accomplir volontairement l'acte de l'émission des urines.

Depuis près de trois ans, la malade n'éprouve d'autre ennui que celui de se mettre une sonde à demeure pour la nuit et d'éprouver fréquemment le besoin d'uriner pendant le jour.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement rationnel des fistules vésico-intestinales consiste, la fistule abordée par laparotomie, en la séparation des organes pathologiquement accolés, et la suture séparée des orifices ainsi créés.

II. — Ce traitement ne pourra *à priori* s'appliquer aux fistules vésico-intestinales d'origine néoplasiques qui nécessitent une exérèse étendue des lésions dans les cas curables, un traitement palliatif dans les lésions étendues.

III. — La gravité de cette intervention est très réduite, et les statistiques récentes n'apportent aucun cas de mortalité post-opératoire. Le gros écueil, cependant, réside dans le risque d'infection péritonéale au moment de l'intervention et au cas d'une désunion prématurée des sutures.

IV. — L'opération que nous préconisons sera contre-indiquée dans toute lésion néoplasique et dans les lésions tuberculeuses étendues et dans les fistules basses, recto vésicales ou recto-sigmoïdo-vésicales.

De plus, au cours de l'intervention se poseront de nombreuses contre-indications tenant à l'état des orifices fistuleux et des parties avoisinant ces orifices : adhérences étendues empêchant le décollement des anses intestinales, orifices fistuleux de grandes dimensions, orifices nombreux et rapprochés, altérations trop marquées des parois intestinales au voisinage des orifices.

V. — Les indications sont précises et peu nombreuses ; seules seront justiciables de l'opération « rationnelle » :

Les fistules inflammatoires ;

Les fistules traumatiques, qui ne marqueraient pas une tendance vers la guérison spontanée ;

Les fistules syphilitiques et peut-être les fistules actinomycosiques peu étendues, après l'institution du traitement médical spécifique et en cas d'échec de celui-ci ;

Et seulement si ces différentes variétés de fistules remplissent les conditions suivantes :

Fistules hautes sur la vessie et intéressant une portion de l'intestin, facilement extériorisable et mobilisable ;

Orifices fistuleux petits, peu nombreux ou suffisamment espacés pour que la suture séparée puisse être réalisée avec une indépendance parfaite.

Enfin, parois intestinales et vésicales peu altérées.

Ces dernières indications devront toujours être précisées avec grand soin. Si les explorations cliniques ne le permettent pas, la question sera alors tranchée par la laparotomie exploratrice, qui sera toujours indiquée dans les cas douteux.

Vu: le Président de la thèse,
LEGUEU.

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer:
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

